

Global Medical Insurance Gold with Creditable Coverage Certificado de Seguro



AVISO IMPORTANTE SOBRE LA LEY DE PROTECCIÓN AL PACIENTE Y ATENCIÓN ASEQUIBLE (PPACA):

Este seguro no está sujeto a la PPACA ni proporciona los beneficios requeridos por la misma. La PPACA exige a los ciudadanos de los Estados Unidos, a los nacionales de los Estados Unidos y a los extranjeros residentes que obtengan una cobertura de seguro que cumpla con la PPACA, a menos que estén exentos de la misma. Se pueden imponer sanciones a las personas que estén obligadas a mantener una cobertura que cumpla con la PPACA y no lo hagan.

La elegibilidad para adquirir o renovar este producto, o sus términos y condiciones, puede ser modificada o enmendada en función de los cambios en la legislación aplicable, incluida la PPACA. Tenga en cuenta que es responsabilidad exclusiva de la persona asegurada determinar si los requisitos del seguro le son aplicables, y la Compañía y su Administrador no tendrán responsabilidad alguna, incluyendo las sanciones en las que pueda incurrir la persona asegurada, por no haber obtenido la cobertura requerida por cualquier ley aplicable, incluyendo sin limitación la PPACA.

Indice de Contenidos

Resumen de beneficios	1
A. Resumen de beneficios	7
B. Contrato.....	7
C. Condiciones y disposiciones generales.....	7
D. Elegibilidad	15
E. Requisitos de precertificación.....	15
F. Organización de Proveedores Preferidos de Estados Unidos (PPO).....	17
G. Segunda Opinión Quirúrgica	17
H. Servicio de Asesoramiento Médico	18
I. Gastos médicos elegibles.....	19
J. Medicina complementaria.....	20
K. Evacuación médica de emergencia.....	21
L. Reunión de emergencia	22
M. Cobertura preventiva para viajes seguros	22
N. Indemnización hospitalaria	23
O. Atención Preventiva	23
P. Emergencia de salud pública	23
Q. Actividades subacuáticas recreativas.....	23
R. Repatriación de restos mortales.....	24
S. Beneficio suplementario por accidente.....	24
T. Transplantes.....	24
U. Exclusiones	25
V. Definiciones.....	29

RESUMEN DE BENEFICIOS

Límite de cobertura / Importe máximo de los gastos médicos elegibles				
Período de Cobertura	Límite Máximo: 365 días			
Area de Cobertura	Area 2: Mundial excluyendo Estados Unidos, Canada, China, Hong Kong, Japón, Macao, Singapur y Taiwan. Estados Unidos 30 días como máximo por Período de Cobertura sólo para emergencias de enfermedades o accidentes. El tratamiento en los Estados Unidos debe ser proporcionado por un médico, hospital u otro proveedor de atención médica dentro de la Red de Proveedores Preferidos (PPO).			
	Area 3: Mundial			
Máximo de por vida	\$5,000,000			
Medical Concierge • Sólo servicios no urgentes	El Asesoramiento Médico es un servicio patentado de IMG que ayuda a la persona asegurada a navegar por el sistema sanitario de Estados Unidos para identificar a los proveedores de mayor calidad para los tratamientos programados en régimen de hospitalización y determinados tratamientos ambulatorios. Consulte la disposición sobre el Asesoramiento Médico para más detalles.			
Características del Plan de Beneficios (Sujeto al Área de Cobertura indicada en la Declaración)				
Estados Unidos: 50 Estados y el Distrito de Columbia	Estados Unidos	Estados Unidos	Estados Unidos	Internacional
Internacional: Territorios de Estados Unidos y países distintos de Estados Unidos	Medical Concierge	En la Red	Fuera de la Red	Internacional
Deducible por gastos médicos elegibles				
Deducible • Consulte la Declaración para conocer el importe del Deducible	50% reducción del Deducible o máximo de \$2,500	100% de Deducible	100% de Deducible	50% reducción del Deducible o máximo de \$2,500
Coaseguro por gastos médicos elegibles				
Coaseguro • Además del Deducible	Plan paga el 100%. Asegurado paga 0%	Plan paga el 100%. Asegurado paga 0%	Plan paga el 80%. Asegurado paga 20%	Plan paga el 100%. Asegurado paga 0%
Máximo de gastos de bolsillo	\$0	\$0	\$1,000	\$0
Precertificación				
<ul style="list-style-type: none"> • Transplantes: No hay cobertura si no se cumplen los requisitos de precertificación. • Traslado de ambulancia entre centros: No hay cobertura si no se cumplen los requisitos de precertificación. • Evacuación médica: No hay cobertura si no se cumplen los requisitos de precertificación. Consulte la cláusula de EVACUACIÓN MÉDICA para más detalles y requisitos. • Medicamentos huérfanos o biológicos: No hay cobertura si no está aprobado por escrito por la Compañía o el Administrador del Plan. • Todos los demás tratamientos y suministros: Reducción del 50% de los gastos médicos subvencionables si no se cumplen los requisitos de precertificación. • El deducible se aplica después de la reducción. • El coaseguro se aplica al resto del importe reducido. • Consulte la cláusula de REQUISITOS DE PRE-CERTIFICACIÓN para obtener una lista completa de los servicios que requieren precertificación. 				

Servicios de hospitalización o ambulatorios

Sujeto a Deducible y Coaseguro a menos que se indique lo contrario
 Los gastos elegibles se limitan a los importes usuales, razonables y habituales
 Límite máximo por periodo de cobertura o, si se indica, máximo de por vida

Beneficios	Medical Concierge (No emergencias)	En la Red	Fuera de la Red	Internacional
Gastos médicos elegibles	100%	100%	80%	100%
Visita al médico/especialista en régimen ambulatorio	No Aplicable	100%	80%	100%
Visitas médicas / Servicios	100%	100%	80%	100%
Consulta de Teladoc <ul style="list-style-type: none"> Sólo para los asegurados con cobertura en el área 3 La cobertura de una Consulta Teladoc no significa que cualquier condición específica discutida, planteada o identificada durante dicha consulta esté cubierta por este seguro. La Compañía se reserva el derecho de rechazar futuras reclamaciones relacionadas o derivadas de cualquier condición discutida, planteada o identificada durante una consulta de Teladoc cuando la enfermedad o lesión esté directa o indirectamente relacionada con cualquier condición preexistente o esté excluida de otra manera bajo este Certificado de Seguro. 	No Aplicable	100%	No Aplicable	No Aplicable
Urgencias hospitalarias: Estados Unidos <ul style="list-style-type: none"> Lesión: No está sujeta al deducible de la sala de emergencias Enfermedad: Sujeto a un Deducible de \$250 por cada visita a la Sala de Emergencia para un Tratamiento que no derive en una admisión directa al Hospital. 	No Aplicable	100%	80%	No Aplicable
Urgencias hospitalarias: Internacional	No Aplicable	No Aplicable	No Aplicable	100%
Hospitalización / Alojamiento y comida <ul style="list-style-type: none"> Tarifa media de la habitación semiprivada Se contempla la posibilidad de una habitación privada cuando no se disponga de una habitación semiprivada Incluye enfermería, los servicios diversos y los auxiliares 	100%	100%	80%	100%
Cuidados Intensivos	100%	100%	80%	100%
Cirugía / Centro hospitalario ambulatorio	100%	100%	80%	100%
Laboratorio	No Aplicable	100%	80%	100%
Radiología / Rayos X	100%	100%	80%	100%
Quimioterapia / Radioterapia	No Aplicable	100%	80%	100%
Pruebas de admisión	No Aplicable	100%	80%	100%
Cirugía	100%	100%	80%	100%
Cirugía Reconstructiva <ul style="list-style-type: none"> La cirugía es accesoria o posterior a una cirugía cubierta por el plan 	100%	100%	80%	100%
Cirujano asistente <ul style="list-style-type: none"> 20% de los honorarios elegibles del cirujano principal 	No Aplicable	100%	80%	100%

Servicios de hospitalización o ambulatorios

Sujeto a Deducible y Coaseguro a menos que se indique lo contrario
 Los gastos elegibles se limitan a los importes usuales, razonables y habituales
 Límite máximo por periodo de cobertura o, si se indica, máximo de por vida

Beneficios	Medical Concierge (No emergencias)	En la Red	Fuera de la Red	Internacional
Segunda opinión quirúrgica <ul style="list-style-type: none"> • Pagable al 100% si lo solicita la Compañía • Reducción del 50% de los gastos médicos elegibles por no obtener una segunda opinión quirúrgica cuando la Compañía lo requiera 	No Aplicable	100%	80%	100%
Anestesia	No Aplicable	100%	80%	100%
Equipo médico duradero	No Aplicable	100%	80%	100%
Atención podológica <ul style="list-style-type: none"> • Límite Máximo: \$750 	No Aplicable	100%	80%	100%
Fisioterapia <ul style="list-style-type: none"> • Límite máximo por visita: \$50 • Máximo de visitas por día: 1 • Se requiere prescripción médica o un plan de tratamiento 	No Aplicable	100%	80%	100%
Centro de cuidados prolongados <ul style="list-style-type: none"> • En caso de traslado directo desde un centro de cuidados intensivos 	100%	100%	80%	100%
Cuidados de enfermería a domicilio <ul style="list-style-type: none"> • Porporcionado por una agencia de asistencia sanitaria a domicilio • En caso de traslado directo desde un centro de cuidados intensivos 	100%	100%	80%	100%
Hospicio <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad Terminal – 6 meses de vida • Centro de cuidados paliativos para pacientes internos • Vivienda de la persona asegurada 	100%	100%	80%	100%
Transplante <ul style="list-style-type: none"> • Límite máximo de por vida: \$1,000,000 • Límite máximo de Transplante: 1 • Costes de obtención y extracción de órganos Máximo de por vida: \$10,000 • Viaje y alojamiento Gasto máximo de por vida: \$5.000 • Trasplantes cubiertos: córnea, corazón, corazón/pulmón, pulmón, riñón, riñón/páncreas, hígado, médula ósea alogénica o autóloga • Sujeto a la cláusula de CERTIFICACIÓN PREVIA DE TRASPLANTE y sólo cuando el tratamiento se realice dentro de la Red del Sistema de gestión de Trasplantes independiente aprobada por la Compañía. 	100%	100%	No Aplicable	100%

Fármacos y medicamentos prescritos Sujeto a Deducible y Coaseguro a menos que se indique lo contrario Los gastos elegibles se limitan a los importes usuales, razonables y habituales Límite máximo por periodo de cobertura o, si se indica, máximo de por vida				
Beneficios	Medical Concierge (No emergencias)	En la Red	Fuera de la Red	Internacional
Las siguientes categorías enumeradas a continuación se acumulan para el máximo de por vida.				
Recetas de farmacia al por menor en Estados Unidos <ul style="list-style-type: none"> • Dispensación máxima por prescripción: 90 días 	No Aplicable	No Aplicable	80%	No Aplicable
Recetas de farmacias minoristas internacionales <ul style="list-style-type: none"> • Dispensación máxima por prescripción: 90 días 	No Aplicable	No Aplicable	No Aplicable	100%
La siguiente categoría se aplica al Límite Máximo del Período de Cobertura. El Límite Máximo se aplica al Límite Máximo de por vida.				
Tratamiento hospitalario y ambulatorio <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos huérfanos o medicamentos biológicos, pero sólo cuando se cumplan TODOS los requisitos siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ○ Aprobado por escrito por la Compañía o el Administrador del Plan ○ Es medicamento necesario y es la norma generalmente aceptada de la práctica médica ○ No es experimental ni de investigación 	Límite máximo: \$250,000 Para los medicamentos huérfanos o biológicos obtenidos a través de: <ul style="list-style-type: none"> • Farmacia minorista de los Estados Unidos: Sujeto al deducible y al coaseguro indicados anteriormente • Farmacia minorista internacional: Sujeto al deducible y al coaseguro indicados anteriormente Para los medicamentos huérfanos o biológicos obtenidos a través de: <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento médico en régimen de hospitalización o ambulatorio: Sujeto a deducible y coaseguro 			
Cuidados preventivos NO Sujeto a Deducible y Coaseguro a menos que se indique lo contrario Los gastos elegibles se limitan a los importes usuales, razonables y habituales Límite máximo por periodo de cobertura o, si se indica, máximo de por vida				
Cuidados preventivos para adultos <ul style="list-style-type: none"> • Mayores de 19 años • Límite máximo: \$250 	No Aplicable	100%	100%	100%
Cuidados preventivos para niños <ul style="list-style-type: none"> • 18 años y menores • Límite máximo: \$200 	No Aplicable	100%	100%	100%
Mental o Nervioso y Asesoramiento Sujeto a Deducible y Coaseguro a menos que se indique lo contrario Los gastos elegibles se limitan a los importes usuales, razonables y habituales Límite máximo por periodo de cobertura o, si se indica, máximo de por vida				
Mental o Nervioso <ul style="list-style-type: none"> • Después de 12 meses de cobertura continua • Límite máximo: \$10,000 • Límite máximo de por vida: \$50,000 	No Aplicable	100%	80%	100%
Asesoramiento sobre el duelo <ul style="list-style-type: none"> • No está sujeto a Deducible y Coaseguro • Límite máximo de por vida: \$300 • Asesoramiento 6 meses antes o después del fallecimiento de un familiar 	No Aplicable	100%	100%	100%

Servicios de emergencia

NO Sujeto a Deducible y Coaseguro a menos que se indique lo contrario
Los gastos elegibles se limitan a los importes usuales, razonables y habituales
Límite máximo por periodo de cobertura o, si se indica, máximo de por vida

Beneficios	Medical Concierge (No emergencias)	En la Red	Fuera de la Red	Internacional
Ambulancia local de emergencia <ul style="list-style-type: none"> • Sujeto a Deducible y Coaseguro • Lesión • Enfermedad que ha derivado en un ingreso hospitalario 	No Aplicable	100%	80%	100%
Evacuación médica de emergencia <ul style="list-style-type: none"> • Hasta el límite máximo de por vida • Aprobada previamente y coordinada por la Compañía 	No Aplicable	100%	100%	100%
Reunión de emergencia <ul style="list-style-type: none"> • Límite máximo de por vida: \$10,000 • Máximo de días: 15 • Límite máximo para comidas por día: \$25 • Gastos de viaje y alojamiento razonables y necesarios • Aprobada previamente por la Compañía 	No Aplicable	100%	100%	100%
Traslado en ambulancia entre centros <ul style="list-style-type: none"> • Sólo en Estados Unidos • Traslado de un centro sanitario autorizado a otro centro sanitario autorizado 	No Aplicable	100%	80%	Not Applicable
Repatriación de los restos mortales <ul style="list-style-type: none"> • Límite máximo: \$25,000 • Límite máximo de entierro / cremación local: \$5,000 • Retorno de los restos mortales de la persona asegurada al país de residencia • Aprobada previamente por la Compañía 	No Aplicable	100%	100%	100%

Otros servicios

Sujeto a Deducible y Coaseguro a menos que se indique lo contrario
Los gastos elegibles se limitan a los importes usuales, razonables y habituales
Límite máximo por periodo de cobertura o, si se indica, máximo de por vida

Medicina complementaria <ul style="list-style-type: none"> • Límite máximo: \$500 • Los servicios incluyen acupuntura, aromaterapia, herbolterapia, magnetoterapia, terapia de masaje y terapia de vitaminas 	No Aplicable	100%	100%	100%
--	--------------	------	------	------

Otros servicios

Sujeto a Deducible y Coaseguro a menos que se indique lo contrario
 Los gastos elegibles se limitan a los importes usuales, razonables y habituales
 Límite máximo por periodo de cobertura o, si se indica, máximo de por vida

Beneficios	Medical Concierge (No emergencias)	En la Red	Fuera de la Red	Internacional
Tratamiento Dental <ul style="list-style-type: none"> Límite máximo: \$100 (Tratamiento por dolor inesperado en dientes naturales sanos) Límite máximo: \$500 (Tratamiento no urgente en la consulta de un proveedor dental debido a un accidente) 	No Aplicable	100%	100%	100%
Lesión dental traumática <ul style="list-style-type: none"> Hasta el límite máximo de por vida Tratamiento en un centro hospitalario por accidente El tratamiento adicional por la misma lesión, prestado por un proveedor dental, se pagará al 100%. 	No Aplicable	100%	80%	100%
Cobertura preventiva para viajes saludables <ul style="list-style-type: none"> No está sujeto a Deducible y Coaseguro Adulto y niño Vacunas y medicamentos preventivos recetados por un médico dentro de los 30 días anteriores a la fecha de entrada en vigor inicial de la persona asegurada y antes de partir hacia cualquier destino Límite máximo de por vida: \$250 Consulte la cláusula de COBERTURA PREVENTIVA DE VIAJES SALUDABLES para obtener más detalles y requisitos 	No Aplicable	100%	100%	100%
Indemnización hospitalaria <ul style="list-style-type: none"> No está sujeto a Deducible y Coaseguro Sólo Intenacional Sólo pacientes hospitalizados 	Hospital Privado <ul style="list-style-type: none"> Límite máximo por noche: \$400 Límite Máximo: \$4,000 Hospital Público (estatal, gubernamental o de beneficencia) <ul style="list-style-type: none"> Límite máximo por noche: \$500 Límite Máximo: \$5,000 El tratamiento que reciba la persona asegurada en un hospital público y que no suponga ningún gasto para el asegurado o la Compañía, estará sujeto al límite máximo del hospital público. El tratamiento que reciba la persona asegurada en un hospital público y cuyos gastos se presenten a la Compañía para su reembolso estará sujeto al límite máximo del hospital privado.			
Accidente complementario <ul style="list-style-type: none"> No está sujeto a Deducible y Coaseguro Límite máximo por accidente: \$300 Los gastos estarán sujetos al Deducible y al Coaseguro y se pagarán igual que cualquier otra Lesión una vez que se haya satisfecho el Límite Máximo 	No Aplicable	100%	100%	100%

- A. RESUMEN DE BENEFICIOS:** Sujeto a los Términos de este seguro y al plan de seguro mostrado en la Declaración, el plan de seguro está disponible para la Persona Asegurada y ofrece beneficios y cobertura derivados de una Lesión o Enfermedad incurrida mientras el plan de seguro mostrado en la Declaración está en vigor y sujeto a la cláusula del CONTRATO.
- B. CONTRATO:** Sirius Specialty Insurance Corporation (publ) (la Compañía) promete y se compromete a proporcionar a la Persona Asegurada los beneficios descritos en la Póliza Master, como se indica en este documento y cuya cobertura es certificada por la Compañía. La Compañía hace esta promesa y acuerdo en consideración a la Solicitud del Asegurado, la exactitud y veracidad de la Solicitud de la Persona Asegurada y el pago de la Prima, y sujeto a todos los Términos de la Póliza Master, la Declaración y cualquier Cláusula Adicional. La Póliza Master es efectiva a partir del 1 de enero de 2022 y permanecerá en efecto hasta que finalice de acuerdo con las CONDICIONES Y DISPOSICIONES GENERALES, TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA MASTER. El presente Certificado entrará en vigor a partir de la Fecha de Entrada en Vigor de la Cobertura y permanecerá en vigor hasta que finalice de acuerdo con la disposición CONDICIONES Y DISPOSICIONES GENERALES, TERMINACIÓN DE LA COBERTURA PARA LAS PERSONAS ASEGURADAS. Este Certificado no forma parte del contrato de seguro. El contrato es la Póliza Master, la Solicitud, la Declaración (dicho seguro se denomina aquí "este seguro" o "el plan") y cualquier cláusula adicional aplicable. El presente Certificado no es más que una descripción y una prueba de los derechos y prestaciones de la persona asegurada en virtud del contrato. La Declaración es igualmente una prueba de la cobertura bajo el contrato y una declaración de la Fecha de Vigencia de la Cobertura, sujeta siempre a los Términos de cobertura contenidos en el contrato. La Compañía reconoce por este medio a International Medical Group®, Inc. como representante autorizado de la Compañía y como Administrador del Plan de la Póliza Master y de este Certificado. Sujeto a los términos de las CONDICIONES Y DISPOSICIONES GENERALES, SERVICIO DE LA DEMANDA; LUGAR; ELECCIÓN DE LA LEY; JUICIO POR EL TRIBUNAL, todas las comunicaciones, notificaciones y pagos a la Compañía que se requieran o se permitan en virtud de la Póliza Master y/o como se describe en este Certificado se transmitirán a través del Administrador del Plan, y la recepción de los mismos por parte del Administrador del Plan se considerará como recepción por parte de la Compañía. AVISO DE LÍNEAS EXCEDENTES: Este seguro se emite de acuerdo con la ley de líneas excedentes aplicable. Las personas aseguradas por las compañías de líneas excedentes no tienen la protección de las leyes estatales de Garantía de Seguros en la medida de cualquier derecho de recuperación de la obligación de un asegurador insolvente sin licencia.
- C. CONDICIONES Y DISPOSICIONES GENERALES:** Los siguientes Términos son condiciones precedentes a la responsabilidad de la Compañía bajo el seguro proporcionado a la Persona Asegurada de acuerdo con los Términos de este seguro:
- (1) **CONTRATO COMPLETO:** La Póliza Master, la Solicitud, la Declaración y cualquier Cláusula Adicional constituirán el contrato completo entre la Compañía, el Asegurado y la Persona Asegurada. Este Certificado, la Solicitud, la Declaración y cualquier Cláusula Adicional son un resumen y evidencia del seguro provisto por la Póliza Master. Este Certificado no extiende o cambia la cobertura provista por la Póliza Master. El seguro evidenciado por este Certificado está sujeto a todos los Términos de la Póliza Master, la Solicitud, la Declaración y cualquier Cláusula Adicional.
- (2) **PRIMA:** El pago de la prima requerida se remitirá a la Compañía:
- (a) en o antes de la(s) fecha(s) de vencimiento especificada(s) en la Declaración
 - (b) en o antes de cualquier fecha de renovación, sujeta a las CONDICIONES Y DISPOSICIONES GENERALES, RENOVACIÓN; DISPOSICIÓN DE MODIFICACIÓN
 - (c) antes de cualquier restablecimiento en virtud de la disposición CONDICIONES Y DISPOSICIONES GENERALES, REESTABLECIMIENTO DE LA COBERTURA PARA LAS PERSONAS ASEGURADAS.

Se concederá un período de gracia de diez (10) días (sin perjuicio de los sábados, domingos o días festivos) para el pago de cada cuota de la Prima, incluida la Prima de Renovación, excepto la primera cuota del primer Período de Cobertura. Si alguna Prima no ha sido pagada al final del período de gracia, toda la cobertura del seguro y los beneficios bajo este seguro se extinguirán y terminarán con efecto a partir de la Fecha de Vencimiento inicial de la Prima no pagada, y la Compañía no tendrá ninguna responsabilidad hacia la Persona Asegurada por cualquier reclamación incurrida en o después de dicha fecha. La prima se considera pagada en la fecha en que la Compañía recibe efectivamente el pago.

- (3) **NOTIFICACIÓN DE RECLAMACIONES:** Todas las reclamaciones y la información relacionada con ellas deben presentarse a la Compañía a través del administrador del plan en la información de contacto que figura a continuación, o en línea en www.imglobal.com/member lo antes posible:

International Medical Group, Inc.

Attn: Claims Department

PO Box 9162

Farmington Hills, MI 48333-9162

USA

Prueba de reclamación: Cuando la persona asegurada reciba un tratamiento o la compañía reciba la notificación de una reclamación de beneficios en virtud de este seguro, la persona asegurada deberá presentar un formulario de reclamación de IMG como componente necesario de la prueba de reclamación. El Formulario de Reclamación de IMG puede obtenerse

en la biblioteca de formularios del sitio web de IMG en www.imglobal.com o completarse en línea a través del portal de clientes MyIMG.

(a) Una Prueba de Reclamación no será efectiva y no satisfará los Términos de este seguro a menos que incluya todo lo siguiente:

- (i) un Formulario de Reclamación IMG debidamente cumplimentado, presentado a tiempo y firmado para cada nueva Enfermedad, diagnóstico o Lesión, a menos que la Compañía renuncie a dicho requisito por escrito.
- (ii) una Autorización de Divulgación de Información Médica cuando sea solicitada específicamente por IMG.
- (iii) todos los Formularios de Facturación Universal originales, las facturas y las declaraciones de los servicios prestados por los Médicos, Hospitales y otros proveedores de servicios sanitarios o médicos implicados con respecto a la reclamación.
- (iv) todos los recibos originales de los costes, medicamentos recetados, honorarios o gastos en los que se haya incurrido o que se hayan pagado por la persona asegurada, o en su nombre, con respecto a las reclamaciones, incluyendo, sin limitación, todos los recibos originales de cualquier pago en efectivo y/o con tarjeta de crédito. En los recibos deben figurar el nombre completo, la dirección, el número de teléfono (incluido el código de área/país) del proveedor del servicio, la fecha del servicio, la descripción del servicio (códigos de procedimiento aplicables) y los códigos de diagnóstico.

Si las reclamaciones se presentan en línea, se aceptan copias digitales de los elementos anteriores; sin embargo, la Compañía se reserva el derecho de solicitar los documentos originales.

(b) La persona asegurada y/o el médico, el hospital y otros proveedores de servicios médicos y de atención sanitaria dispondrán de ciento ochenta (180) días a partir de la fecha en que se produzca una reclamación para presentar una prueba de reclamación completa. La Compañía, a su discreción, podrá aplazar la resolución y adjudicación de las reclamaciones presentadas y/o podrá denegar la cobertura por cualquiera de los siguientes motivos:

- (i) La recepción por parte de IMG de una prueba de reclamación incompleta
- (ii) la no presentación de cualquier prueba de reclamación
- (iii) la no presentación a tiempo de la prueba de reclamación por parte de la persona asegurada, el médico o el hospital

(c) La Compañía puede solicitar a la Persona Asegurada que firme una Autorización de Divulgación de Información Médica para solicitar registros médicos en su nombre o suministrarnos documentación adicional si no podemos hacer una determinación de beneficios basada en la Prueba de Reclamación presentada. La persona asegurada y/o el médico, el hospital y otros proveedores de servicios médicos y de atención sanitaria tendrán sesenta (60) días a partir de la fecha de la solicitud para presentar la información solicitada. Si la información no se recibe dentro del plazo designado, se denegarán las reclamaciones presentadas anteriormente y las posteriores.

(4) RECURSO A UNA RECLAMACIÓN: En el caso de que la Compañía deniegue total o parcialmente una reclamación, la persona asegurada dispondrá de noventa (90) días a partir de la fecha de envío de la notificación de denegación a la última residencia o dirección postal conocida de la persona asegurada para apelar la determinación. La persona asegurada debe presentar una apelación antes de iniciar cualquier acción legal en virtud del contrato de seguro. La persona asegurada debe presentar una solicitud de apelación por escrito junto con los comentarios, todos los documentos relevantes, pertinentes o relacionados, los registros médicos y otra información relacionada con la reclamación.

El recurso debe enviarse a:

International Medical Group

Attn: Benefit Review

2960 N. Meridian Street

Indianapolis, IN 46208

USA

La revisión de la Compañía tendrá en cuenta todos los comentarios, documentos, registros y otra información presentada por la persona asegurada en relación con la reclamación, sin tener en cuenta si dicha información fue presentada o considerada en la determinación inicial de la reclamación. Al recibir una apelación por escrito, la Compañía tendrá la oportunidad de realizar una investigación y/o revisión adicional razonable, según lo establecido en la disposición CONDICIONES Y DISPOSICIONES GENERALES, EXPLICACIÓN O VERIFICACIÓN DE LOS BENEFICIOS, y responderá por escrito tan pronto como sea razonablemente posible, y en cualquier caso dentro de los noventa (90) días siguientes a su recepción.

(5) ASIGNACIÓN, CAMBIO O RENUNCIA: A pesar de cualquier ley, estatuto, decisión judicial o norma en contrario que pueda ser o pretender ser aplicable dentro de la jurisdicción, localidad o estado del foro de cualquier proveedor de servicios médicos o de salud, ninguna transferencia o cesión de cualquiera de los derechos, beneficios o intereses de la persona

asegurada en virtud de este seguro será válida, vinculante o exigible a la Compañía o el Administrador del Plan, a menos que la Compañía lo haya acordado y consentido expresamente por escrito. Cualquier transferencia o cesión pretendida que no cumpla con los Términos anteriores será nula ab initio y sin efecto contra la Compañía o el Administrador del Plan, y la Compañía no tendrá ninguna responsabilidad de ningún tipo bajo este seguro con cualquier pretendido cesionario o transferido con respecto al mismo. Los Términos de la Póliza Master, tal y como se evidencian en este Certificado, no podrán ser renunciados ni modificados, salvo acuerdo expreso y por escrito de la Compañía.

- (6) **NOTIFICACIÓN DE LA DEMANDA; JURISDICCIÓN; ELECCIÓN DE LA LEY:** La persona asegurada no puede iniciar ninguna acción o procedimiento de ningún tipo para recuperar el contrato de seguro antes de lo que ocurra más tarde: (a) la expiración de sesenta (60) días después de la presentación de la Prueba de Reclamación por escrito de acuerdo con el contrato de seguro, o (b) el agotamiento de una (1) apelación en virtud de las CONDICIONES Y DISPOSICIONES GENERALES, APELACIÓN DE UNA RECLAMACIÓN arriba mencionadas. Ninguna acción o procedimiento puede ser iniciado después de la expiración de tres (3) años después del momento en que la Prueba de Reclamación escrita es requerida para ser proporcionada bajo el contrato de seguro. El contrato de seguro entre la persona asegurada y la Compañía, tal como se evidencia en la Póliza Master y en este Certificado, se considerará emitido, finalizado y realizado en Indianápolis, Indiana. La jurisdicción única y exclusiva para cualquier acción o procedimiento de cualquier tipo relacionado con este seguro y/o los Términos y condiciones de este Certificado (incluyendo cualquier enmienda al mismo) será en el Condado de Marion, Indiana, para lo cual la Compañía y la persona asegurada consienten expresamente. La persona asegurada o la compañía (o el administrador del plan) no pretenden ni consideran que los temas, riesgos y beneficios del seguro cubiertos por la póliza principal y evidenciados por este certificado residan, estén ubicados o se realicen en ningún estado particular de los Estados Unidos. La ley de líneas excedentes de Indiana regirá todos los derechos y reclamaciones relacionados con este seguro y/o este Certificado, o que surjan de los mismos (incluyendo cualquier enmienda a los mismos).

En caso de que la Compañía no proporcione los beneficios o no pague o reembolse cualquier cantidad que se reclame en virtud de este seguro, la Compañía, a petición de la persona asegurada y tras la recepción de un proceso o citación legal, se someterá a la jurisdicción de un tribunal competente en la materia ubicado en el condado de Marion, Indiana, siempre que exista una base estatutaria y constitucional independiente para la jurisdicción in personam sobre la Compañía en dicho tribunal y por dicho Estado del foro. La Compañía y la persona asegurada aceptan la jurisdicción personal y el lugar de celebración en los Tribunales de Distrito y/o Superiores del Condado de Marion, Indiana, y en el Tribunal de Distrito de los Estados Unidos para el Distrito Sur de Indiana, División de Indianápolis (suponiendo que la jurisdicción federal sea de otro modo apropiada y legal). La Compañía se reserva el derecho, actuando por y a través del Administrador del Plan o de otra manera, de iniciar y proseguir acciones para obtener una sentencia declaratoria y/u otra reparación apropiada con respecto a la validez, el efecto vinculante, la administración de y/o cualquier disputa, reclamo o controversia relacionada con o que surja de este seguro. En cualquier pleito instituido por o contra la Compañía o la persona asegurada de acuerdo con los términos de esta disposición, la Compañía y la persona asegurada acatarán la decisión final de dicho tribunal de Indiana o de cualquier tribunal de apelación en caso de apelación. Nada de lo dispuesto en esta disposición constituye o debe considerarse o entenderse como una renuncia a los derechos de la Compañía o de la persona asegurada a: (i) oponerse a la sede o a la jurisdicción en cualquier otro foro que no sean los Tribunales de Distrito o Superiores del Condado de Marion, Indiana, o el Tribunal de Distrito de los Estados Unidos para el Distrito Sur de Indiana, División de Indianápolis (suponiendo que la jurisdicción federal sea de otro modo apropiada y legal), o (ii) trasladar una acción al Tribunal de Distrito de los Estados Unidos para el Distrito Sur de Indiana, División de Indianápolis (suponiendo que la jurisdicción federal sea de otro modo legal y apropiada); todos estos derechos se reservan y retienen expresamente.

Sujeto a, y sin limitar, ampliar, sustituir, modificar o renunciar a cualquiera de los Términos anteriores contenidos en esta disposición, de acuerdo con cualquier estatuto de cualquier Estado, territorio o distrito de los Estados Unidos que lo disponga, la Compañía designa por la presente al Superintendente, Comisionado o Director de Seguros (o cualquier otro funcionario especificado a tal efecto en el estatuto), o a su sucesor o sucesores en el cargo, como su verdadero y legítimo apoderado, en virtud de un poder especial, a quien se puede notificar cualquier proceso legal emitido en relación con el inicio de cualquier acción, pleito o procedimiento instituido por o en nombre de la persona asegurada que surja de este seguro, incluyendo específicamente al Comisionado de Seguros del Departamento de Seguros de Indiana, 311 West Washington Street, Suite 300, Indianápolis, IN 46204, y por la presente designa y nombra a John P. Dearie, Jr, Esq., Locke Lord, LLP, Brookfield Place, 200 Vesey Street, 20th Floor, New York, New York 10281-2101, como su apoderado y agente para la notificación del proceso a quien dicho funcionario o Comisionado está autorizado a enviar por correo o notificar dicho proceso o una copia fiel del mismo.

En el caso de que la Compañía sea la parte vencedora en cualquier litigio, arbitraje u otro procedimiento de cualquier tipo relacionado o derivado de este seguro y/o de los Términos y condiciones de este Certificado (incluyendo cualquier enmienda al mismo), independientemente de la naturaleza de la reclamación, la Compañía recibirá sus honorarios razonables de abogado, así como los costes y gastos incurridos, además de cualquier indemnización por daños y perjuicios u otros recursos en derecho o equidad.

Sólo para residentes de Florida: Cualquier disputa, reclamo o controversia de cualquier tipo, ya sea por contrato, agravio, o de otra manera, relacionada con o que surja de este seguro y/o los Términos y condiciones de este Certificado puede ser resuelta por arbitraje vinculante a petición de la Compañía, el Asegurado o la persona asegurada. Dicho arbitraje se llevará a cabo de acuerdo con los procedimientos de la Asociación Americana de Arbitraje. Dicho arbitraje se llevará a cabo dentro de cincuenta (50) millas de la residencia de la Persona asegurada, y la Compañía pagará los costos y honorarios (sin incluir los honorarios de los abogados) del procedimiento en exceso de quinientos dólares (\$500.00).

- (7) **RENUNCIA A CUALQUIER DERECHO A UN JUICIO CON JURADO:** La compañía y la persona asegurada renuncian

consciente, voluntaria e irrevocablemente a cualquier derecho a un juicio con jurado por cualquier reclamación, demanda, acción o procedimiento de cualquier tipo, ya sea por contrato, agravio o de otro modo, relacionado con o derivado de (I) ESTE SEGURO; Y/O (II) ESTE CERTIFICADO, INCLUYENDO CUALQUIER ENMIENDA AL MISMO. La compañía y la persona asegurada acuerdan, consciente, voluntaria e irrevocablemente, que cualquier reclamación, demanda, acción o procedimiento de este tipo será presentado y resuelto exclusivamente por el tribunal como juez de los hechos, y no ante un jurado. NO SE INTENTARÁ CONSOLIDAR, MEDIANTE RECONVENCIÓN O DE OTRO MODO, NINGUNA ACCIÓN O PROCEDIMIENTO CON CUALQUIER OTRA ACCIÓN O PROCEDIMIENTO EN EL QUE HAYA UN JUICIO CON JURADO O EN EL QUE NO SE PUEDA O NO SE HAYA RENUNCIADO A UN JUICIO CON JURADO. La compañía y la persona asegurada acuerdan que una copia de esta disposición puede ser presentada ante cualquier tribunal como prueba escrita del acuerdo de renuncia a cualquier derecho a juicio por jurado.

- (8) **SANCIONES ECONÓMICAS:** La Compañía no cubrirá a ninguna persona como Persona Asegurada si dicha cobertura pudiera dar lugar a que la Compañía quedara expuesta a cualquier sanción, prohibición o restricción en virtud de las resoluciones de las Naciones Unidas o de las sanciones comerciales o económicas, leyes o reglamentos de la Unión Europea, el Reino Unido o los Estados Unidos de América.
- (9) **TERGIVERSACIÓN:** Cualquier representación falsa, información incompleta, declaración engañosa, declaración errónea, omisión, ocultación o fraude, sea o no inocente, ya sea en la solicitud de la persona asegurada o en relación con cualquier formulario de reclamación, declaración, certificación o garantía hecha por la persona asegurada o sus representantes, agentes o apoderados, ya sea por escrito o de otro modo, a la Compañía o al Administrador del Plan o a sus respectivos agentes, empleados o representantes, o en relación con la presentación de cualquier reclamación en virtud de este seguro, hará que la Declaración y este Certificado sean nulos y que todas las reclamaciones y beneficios en virtud de este seguro se pierdan y renuncien.
- (10) **INSOLVENCIA:** La insolvencia, la quiebra, el deterioro financiero, la suspensión de pagos, el concurso de acreedores voluntario o la disolución del Asegurado o de cualquier Persona asegurada no impondrá a la Compañía ninguna responsabilidad u obligación distinta de la específicamente incluida en este seguro.
- (11) **CLÁUSULA DE SUBROGACIÓN:** La persona asegurada se comprometerá a perseguir en su propio nombre y representación, y a cooperar plenamente con la Compañía en la persecución y el enjuiciamiento de todas y cada una de las reclamaciones válidas que la persona asegurada pueda tener contra cualquier tercero que pueda ser responsable de cualquier pérdida o daño que surja de cualquier acto, omisión u ocurrencia que resulte o pueda resultar en el pago de una pérdida, la provisión de beneficios, o la cobertura de una reclamación por parte de la Compañía bajo este seguro, y a rendir cuentas a la Compañía de cualquier cantidad recuperada o recuperable en relación con ello, sobre la base de que la Compañía será reembolsada y tendrá derecho a recuperar primero en su totalidad cualquier cantidad pagada o que deba ser pagada por ella antes de que la persona asegurada participe en cualquier cantidad así recuperada, independientemente de que la persona asegurada haya sido restablecida o haya sido totalmente indemnizada por sus lesiones.

La persona asegurada también acepta y entiende que la Compañía requiere que la persona asegurada complete un cuestionario de subrogación, firme un reconocimiento de los derechos de subrogación de la Compañía y firme un acuerdo antes de que la Compañía considere pagar, o continúe pagando, cualquier reclamación. Si la persona asegurada no coopera, no rinde cuentas, o no procesa cualquier reclamación válida contra cualquiera de dichas terceras partes, y la Compañía a partir de entonces o de otra manera se hace responsable o está obligada a realizar el pago bajo los términos de este seguro, entonces la Compañía se subrogará completamente en todos los derechos e intereses de la persona asegurada con respecto a ello y podrá procesar dichas reclamaciones en su propio nombre como subrogada.

La presentación de la Prueba de Reclamación por parte de la persona asegurada o la aceptación de la cobertura o beneficios bajo este seguro se considerará como una autorización, consentimiento y cesión de dichos derechos de subrogación por parte de la persona asegurada a la Compañía. La persona asegurada acepta que la Compañía tiene un interés de propiedad garantizado en cualquier producto de la liquidación que la persona asegurada reciba o tenga derecho a recibir.

La persona asegurada entiende y acepta que la Compañía tiene derecho a un interés fiduciario constructivo en el producto de cualquier acuerdo o recuperación. La persona asegurada se compromete a incluir a la Compañía como co-pagador en cualquier cheque de liquidación o cheque de cualquier tercero o asegurador. La persona asegurada se compromete a no liberar a ninguna parte o a sus asegurados sin la aprobación previa por escrito de la Compañía y a no tomar ninguna medida que perjudique los derechos de la Compañía.

La persona asegurada está obligada a informar a su representante legal de los derechos y el derecho de retención de la Compañía y a no hacer ninguna distribución de cualquier acuerdo o sentencia que de alguna manera resulte en que la Compañía reciba menos del importe total de su derecho de retención sin la aprobación por escrito de la Compañía. Cualquier cantidad recuperada por la Compañía de acuerdo con lo anterior se utilizará en primer lugar para pagar la totalidad de los costes y gastos de cobro en los que haya incurrido la Compañía, incluidos los honorarios razonables de los abogados, y para el reembolso a la Compañía de cualquier cantidad que haya pagado o esté obligada a pagar en virtud de este seguro. Cualquier cantidad restante recuperada se pagará a la persona asegurada o a otras personas con derecho a ello, según corresponda. En el caso de que la persona asegurada reciba cualquier forma o tipo de liquidación y no cumpla o se niegue a cumplir con los términos de este contrato de seguro, además de cualquier otro recurso que pueda tener la Compañía, ésta se reserva el derecho de compensación equitativa contra futuras reclamaciones.

- (12) **OTROS SEGUROS:** La Compañía no será responsable ni estará obligada a proporcionar ninguna cobertura o prestación, ni a pagar o reembolsar ninguna reclamación en virtud de este seguro, si existe cualquier otro seguro, prestación de

afiliación, programa de cobertura de compensación de trabajadores o del lugar de trabajo, u otro programa gubernamental, cobertura de reembolso o indemnización, derecho de contribución, recuperación o cobro, contrato, o cualquier otra obligación o responsabilidad de terceros para la provisión de beneficios ("Otra Cobertura") que estaría, o estaría de no ser por la existencia de este seguro, disponible u obligada a proporcionar dicho beneficio o a pagar o reembolsar o proporcionar indemnización por dicha reclamación, excepto con respecto a cualquier exceso más allá de la cantidad pagadera o proporcionada bajo dicha Otra Cobertura si este seguro no se hubiera efectuado. No obstante lo anterior, la Compañía no será responsable ni estará obligada a proporcionar ningún beneficio ni a pagar o reembolsar ninguna reclamación para ninguna Persona Asegurada con respecto al Tratamiento o suministros proporcionados por cualquier programa o agencia financiada por cualquier gobierno o autoridad gubernamental.

(13) CANCELACIÓN POR PARTE DE LA PERSONA ASEGURADA: La persona asegurada tendrá quince (15) días a partir de la Fecha Inicial de Vigencia de la Cobertura (el "Período de Revisión") para revisar los beneficios, condiciones, limitaciones, exclusiones y todos los demás Términos de la Póliza Master como se evidencian y se describen en este Certificado. Si no está completamente satisfecha, la persona asegurada puede solicitar la cancelación de este seguro con carácter retroactivo a la Fecha de Entrada en Vigor de la Cobertura, enviando una solicitud por escrito a la Compañía por correo electrónico, correo postal o fax, de forma que sea recibida por la Compañía dentro del Periodo de Revisión, teniendo así derecho a recibir el reembolso total de la Prima pagada. Una vez efectuada dicha cancelación y reembolso, ni la Compañía ni la persona asegurada tendrán más derechos, responsabilidades u obligaciones bajo este seguro.

Después del Período de Revisión, la persona asegurada puede solicitar la cancelación de la Declaración y de este Certificado, dando a la Compañía una solicitud por escrito con no menos de cinco (5) días de anticipación. La cancelación es a criterio exclusivo de la Compañía, excepto como se estipula en las CONDICIONES Y DISPOSICIONES GENERALES, RENOVACIÓN; ENMIENDAS, y la Compañía puede solicitar y/o requerir que la Persona asegurada ejecute una liberación de reclamaciones como condición y/o en consideración de otorgar dicha cancelación. Si la Compañía concede la cancelación, la cobertura para la Persona asegurada bajo este seguro terminará con efecto a partir de la fecha de cancelación especificada por la Compañía. La Compañía calculará el importe de la Prima devengada sobre la Declaración y el Certificado hasta la fecha solicitada de cancelación (Prima devengada a corto plazo) de acuerdo con la Tabla de Cancelación a corto plazo vigente a la fecha de la solicitud de cancelación. Si la persona asegurada ha pagado más de la Prima devengada a corto plazo, la Compañía reembolsará la diferencia entre el importe realmente pagado y la Prima devengada a corto plazo. Si la persona asegurada ha pagado menos de la Prima Corta Devengada, la persona asegurada deberá remitir a la Compañía la diferencia entre la Prima Corta Devengada y el importe realmente pagado como condición para la cancelación a partir de la fecha solicitada, o la fecha de cancelación se establecerá con carácter retroactivo a la fecha hasta la cual y para la cual se han pagado realmente las Primas.

(14) MONEDA APLICABLE: Todos los importes de las prestaciones, la cobertura, los límites y sublímites monetarios y otros importes indicados en la Póliza Master, la Solicitud, la Declaración, este Certificado y en cualquier Cláusula Adicional, incluida la Prima, están expresados en USD (dólares estadounidenses).

(15) COOPERACIÓN: La persona asegurada y sus médicos, hospitales y otros proveedores de servicios médicos y de atención sanitaria se comprometen a cooperar plenamente con la Compañía y el Administrador del Plan en la revisión, investigación, adjudicación, consideración de una apelación y/o administración de cualquier reclamación de beneficios en virtud de este seguro, incluyendo la concesión del pleno derecho de acceso a todos los registros relevantes, pertinentes o relacionados, la documentación médica, los historiales médicos, los informes, los resultados de laboratorio o de pruebas, las radiografías y todas las demás pruebas disponibles que se relacionen o afecten a la revisión, investigación, adjudicación o administración de la reclamación. La Compañía, a sus expensas, tendrá el derecho y la oportunidad de examinar todas las pruebas relacionadas con una reclamación cuando y con la frecuencia que razonablemente pueda requerir durante la tramitación de una reclamación en virtud del presente documento. La Compañía, a su discreción, puede suspender o posponer la adjudicación de una reclamación y/o puede denegar las prestaciones y/o la cobertura de una reclamación cuando se produzca cualquiera de las siguientes situaciones:

(a) una negativa a cooperar,

(b) un retraso injustificado en dicha colaboración,

(c) cualquier otro acto u omisión por parte de la persona asegurada y/o sus proveedores de asistencia sanitaria que obstaculice, retrase, perjudique o dificulte de cualquier otro modo el cumplimiento de las obligaciones de la Compañía en virtud de este seguro.

(16) LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS: Las reclamaciones elegibles y cubiertas por Gastos Médicos Elegibles u otros beneficios bajo este seguro que hayan sido previamente pagados por o en nombre de la Persona Asegurada al momento de la adjudicación favorable de la Compañía, serán reembolsados por la Compañía directamente a la Persona Asegurada, por cheque, en su última residencia o dirección postal conocida. Durante la vigencia de este seguro, y con el fin de efectuar una correcta administración, la persona asegurada se comprometerá a notificar a la Compañía con prontitud cualquier cambio en dichas direcciones. Las reclamaciones elegibles y cubiertas por Gastos Médicos Elegibles u otros beneficios bajo este seguro que no hayan sido pagados por o en nombre de la Persona asegurada en el momento de la adjudicación, serán pagadas por la Compañía mediante cheque o transferencia electrónica de fondos a la Persona asegurada en su última residencia o dirección postal conocida, o a criterio y discreción exclusivo de la Compañía (pero sin obligación de hacerlo), y como un acomodo a la Persona asegurada, directamente al proveedor(es), según corresponda. Todas las liquidaciones de siniestros, pagos y reembolsos están sujetos al plan de seguro que figura en la Declaración y a todas las demás Condiciones de este seguro. Ningún proveedor o suministrador de servicios médicos o de atención a la salud, o cualquier otro tercero, tendrá ningún interés directo o indirecto, reclamación o derecho de acción contra la Compañía bajo

este Certificado, la Declaración o la Póliza Master, ya sea por supuesta cesión de beneficios, subrogación de intereses o de otra manera, a menos que primero sea expresamente acordado y consentido por escrito por la Compañía, y a pesar de que la Compañía ejerza o no ejerza cualquier opción o discreción bajo esta disposición con respecto al método de pago de la reclamación. Ningún proveedor, abastecedor u otro tercero tiene o tendrá derechos como tercero beneficiario bajo este Certificado, la Declaración o la Póliza Master.

(17) SINIESTROS FRAUDULENTOS: La persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a la Compañía, presente una declaración de reclamación que contenga cualquier información falsa, incompleta o engañosa, comete un delito. Si cualquier reclamación o solicitud de prestaciones en virtud de este seguro es, a sabiendas, falsa, incompleta, engañosa, oculta, fraudulenta o dolosa, o si la persona asegurada o cualquier persona que actúe en su nombre en virtud de este seguro utiliza, a sabiendas, cualquier declaración falsa, incompleta, engañosa, oculta, fraudulenta o dolosa en relación con la persona asegurada, el contrato de seguro y toda la cobertura en virtud del mismo pueden ser cancelados, anulados, rescatados y terminados por la Compañía a su criterio y discreción exclusivo, y la Compañía no tendrá ninguna obligación o responsabilidad por tales beneficios, cobertura o reclamaciones.

(18) ARBITRAJE: Con la excepción de la opción de los residentes de Florida de someterse a arbitraje, ninguna reclamación de prestaciones cuya responsabilidad, elegibilidad o cobertura en virtud de este seguro haya sido denegada total o parcialmente por la Compañía, ni ninguna otra disputa o controversia que surja en virtud de este seguro o esté relacionada con él, será arbitrable o estará sujeta a arbitraje bajo ninguna circunstancia ni por ningún motivo.

(19) TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA PRINCIPAL: La Póliza Master puede ser terminada en cualquier momento por la Compañía o por el Asegurado, dando un aviso por escrito a la otra parte y a la persona asegurada con al menos treinta (30) días de anticipación. Tal terminación no tendrá efecto sobre este Certificado antes de su fecha de terminación o sobre la cobertura o beneficios elegibles bajo este seguro acumulados antes de la misma. No se emitirán Certificados adicionales ni se aceptarán más Solicitudes para el plan después de la fecha de terminación de la Póliza Master.

(20) FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA PARA LAS PERSONAS ASEGURADAS: La cobertura y los beneficios para la persona asegurada bajo este seguro terminarán a las 12:01 AM EST en la primera de las siguientes fechas:

- (a) el día siguiente a la finalización del periodo de cobertura para el que se ha pagado la prima completa y puntualmente,
- (b) la fecha de finalización que figura en la Declaración de este Certificado,
- (c) la fecha de finalización de la Póliza Master de acuerdo con la cláusula CONDICIONES Y DISPOSICIONES GENERALES, FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA MASTER,
- (d) la fecha en que la Persona asegurada se convierta en un extranjero residente de acuerdo con las regulaciones del IRS o que por primera vez no cumple o deje de cumplir con los requisitos de elegibilidad para este seguro, tal como se establece en la Póliza Master y se indica en este Certificado,
- (e) el día 30 después de la fecha de vigencia de este Certificado, si la persona asegurada no es ciudadana de los Estados Unidos pero se encuentra en los Estados Unidos en el momento de la solicitud y no ha salido de los Estados Unidos antes de dicho día 30, a menos que la persona asegurada no sea elegible para ningún otro plan de seguro médico que esté disponible para individuos en situación similar y ubicados en los Estados Unidos y haya proporcionado a la Compañía una declaración jurada de elegibilidad,
- (f) la fecha en que la Compañía, a su entera discreción, opte por cancelar de este plan a todas las Personas Aseguradas del mismo sexo, edad, clase o ubicación geográfica que la Persona asegurada, siempre y cuando la Compañía notifique por escrito con no menos de treinta (30) días de anticipación por correo a la última residencia o dirección postal conocida de la Persona asegurada, su intención de ejercer dicha opción,
- (g) la fecha de cancelación especificada por la Compañía de acuerdo con las CONDICIONES Y DISPOSICIONES GENERALES, CANCELACIÓN POR PARTE DE LA PERSONA ASEGURADA,
- (h) la fecha de cancelación especificada por la persona asegurada de acuerdo con las CONDICIONES Y DISPOSICIONES GENERALES, RENOVACIÓN; MODIFICACIONES,
- (i) la fecha especificada por la Compañía en cualquier notificación de cancelación, caducidad o rescisión emitida en virtud o como resultado de las circunstancias descritas en los apartados de FALSIFICACIÓN, RECLAMACIONES FRAUDULENTAS y DERECHO DE RECUPERACIÓN de las CONDICIONES Y DISPOSICIONES GENERALES, o según lo permitido por las Condiciones de este seguro.

La cobertura para la Persona asegurada permanecerá en pleno vigor y efecto a menos que se termine de acuerdo con esta disposición, salvo que se disponga lo contrario en la Póliza Master, la Declaración o este Certificado

(21) RENOVACIÓN; MODIFICACIONES: Sujeto a los Términos de los apartados de la TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA MASTER, TERMINACIÓN DE LA COBERTURA PARA LAS PERSONAS ASEGURADAS, y REESTABLECIMIENTO DE LA COBERTURA PARA LAS PERSONAS ASEGURADAS de las CONDICIONES Y DISPOSICIONES GENERALES, la cobertura bajo el plan de seguro se renovará automáticamente en cada aniversario del primer día de cobertura de la Persona asegurada por una duración adicional idéntica al Período de Cobertura original o doce (12) meses, lo que sea más corto. La renovación está sujeta a las Condiciones del plan en vigor en ese momento (incluidas las Condiciones de la Póliza Master aplicable en ese momento) y siempre que la Prima de renovación se pague a su vencimiento o dentro del periodo de gracia permitido y la persona asegurada siga cumpliendo los requisitos de elegibilidad aplicables del plan. La

cobertura del plan de seguro no se renovará automáticamente si y sólo si

- (a) la Compañía proporciona una notificación por escrito a la Persona asegurada con al menos treinta (30) días de antelación a la fecha de vencimiento del Período de cobertura existente en ese momento; o
- (b) la persona asegurada ha cancelado la póliza de acuerdo con las CONDICIONES Y DISPOSICIONES GENERALES, CANCELACIÓN POR PARTE DE LA PERSONA ASEGURADA.

La Compañía se reserva el derecho, a su criterio, de hacer cambios, adiciones y/o eliminaciones a los Términos de la Póliza Master, a este Certificado, a las renovaciones o reemplazos de cualquiera de ellos, y/o al plan de seguro (incluyendo la emisión de Cláusulas Adicionales para efectuar los mismos) en cualquier momento o de vez en cuando después de la Fecha de Vigencia de la Cobertura de este Certificado, con una notificación por escrito al Asegurado y a la persona asegurada con no menos de treinta (30) días de anticipación ("Notificación de Enmienda"). La Notificación de Enmienda incluirá una descripción completa de los cambios, adiciones y/o eliminaciones que se harán, la fecha efectiva de los mismos (la "Fecha de Cambio"), y la notificación de los derechos de cancelación de la Persona asegurada como se establece a continuación, y será enviada electrónicamente o por correo de primera categoría, con franqueo pagado, a la última residencia o dirección postal conocida de la Persona asegurada. Tras la emisión de la Notificación de Enmienda, el Asegurado y/o la Persona asegurada tendrán el derecho de solicitar la cancelación de este Certificado arriba mencionado en cualquier momento antes de la Fecha de Cambio; siempre y cuando la cancelación bajo esta disposición sea a opción de la Persona asegurada, y la cobertura bajo este seguro terminará con efecto a partir de la fecha de cancelación especificada por la Persona asegurada (sujeto a las disposiciones de las CONDICIONES Y DISPOSICIONES GENERALES, TERMINACIÓN DE LA COBERTURA PARA LAS PERSONAS ASEGURADAS). Si la persona asegurada no opta por cancelar este Certificado de acuerdo con lo anterior, los cambios, adiciones y/o supresiones realizados por la Compañía y especificados en dicha Notificación de Enmienda entrarán en vigor a partir de la Fecha de Cambio especificada en la Notificación de la Compañía, y este seguro continuará a partir de entonces en vigor de acuerdo con sus Términos, así enmendados y modificados.

(22) RESTABLECIMIENTO DE LA COBERTURA PARA LAS PERSONAS ASEGURADAS: En caso de que la cobertura de este seguro caduque o se dé por terminada de acuerdo con las cláusulas de PRIMA y/o TERMINACIÓN DE LA COBERTURA PARA LAS PERSONAS ASEGURADAS de las CONDICIONES Y DISPOSICIONES GENERALES por falta de pago de la Prima, la persona asegurada podrá solicitar a la Compañía su restablecimiento ("Restablecimiento"). El restablecimiento es a criterio exclusivo de la Compañía, y estará sujeto al derecho propio de la Compañía, sin obligación ni responsabilidad de ningún tipo, de reevaluar y hacer la determinación del riesgo aceptable a su única y absoluta discreción. Para aplicar para el restablecimiento, la persona asegurada debe presentar a la Compañía todo lo siguiente:

- (a) una petición de Restablecimiento por escrito,
- (b) una Solicitud de Restablecimiento recién completada, que pasará a formar parte de la Póliza Master y de cualquier Certificado restablecido,
- (c) una declaración escrita en la que se detallen, a petición de la Compañía, todos los siniestros ocurridos, los diagnósticos realizados, las manifestaciones de los síntomas o las condiciones de salud experimentadas, y/o los tratamientos o suministros recibidos por la persona asegurada desde la fecha de entrada en vigor inicial de este plan de seguro,
- (d) una declaración escrita en la que se detallen los motivos de la falta de pago de la Prima a su vencimiento,
- (e) el pago de toda la Prima debida.

Si la Compañía concede el restablecimiento, lo notificará inmediatamente a la persona asegurada, y el restablecimiento será efectivo a partir de las 12:01 AM, EST, de la fecha indicada en la notificación. Si la Compañía no concede el Restablecimiento, la única obligación y responsabilidad de la Compañía será la de devolver a la Persona asegurada cualquier Prima pagada y no devengada.

(23) DEFENSA DEL PACIENTE: Ni la Compañía ni el Administrador del Plan tendrán derecho, obligación o autoridad de ningún tipo para seleccionar en última instancia a los Médicos, Hospitales u otros proveedores de atención médica o de servicios de salud para la Persona asegurada, ni para tomar cualquier decisión de Tratamiento médico para o en nombre de la Persona asegurada, y todas esas decisiones serán tomadas única y exclusivamente por la Persona asegurada y/o sus tutores, Parientes, Médicos tratantes y otros proveedores de atención médica. Sujeto a lo anterior, la Compañía puede determinar que una reclamación, beneficio, tratamiento o diagnóstico particular que ocurra bajo o en relación con este seguro, puede ser incluido en el programa de "Defensa del Paciente" de la Compañía para asegurar que el Tratamiento y los suministros Médicamente Necesarios sean proporcionados de la manera más rentable. En el caso de que la Compañía determine que una reclamación, prestación, tratamiento o diagnóstico cumple con las directrices del programa de Defensa del Paciente de la Compañía, ésta lo notificará a la persona asegurada tan pronto como sea razonablemente posible, y se le asignará un Defensor del Paciente. A partir de entonces, el Defensor del Paciente de la Compañía podrá hacer evaluaciones y/o recomendaciones de los parámetros de tratamiento, procedimientos y/o suministros que puedan ser más rentables para la Compañía y/o la persona asegurada. Dichas recomendaciones se harán con la participación de la persona asegurada y/o sus tutores, familiares, médicos tratantes y/u otros proveedores de atención médica, y se harán sólo cuando se pueda demostrar razonablemente que el tratamiento y/o los suministros médicamente necesarios se pueden proporcionar de una manera más rentable para la Compañía y/o la persona asegurada. La Compañía hará todo lo posible para evaluar y recomendar los tratamientos y/o procedimientos y/o suministros que razonablemente puedan resultar en la misma o mejor atención de la persona asegurada. La persona asegurada no está obligada a aceptar o seguir ninguna de las recomendaciones de la Compañía. Sin embargo, si la Persona Asegurada acepta y sigue cualquiera de las

recomendaciones de la Compañía, la Persona Asegurada acepta eximir a la Compañía y a los agentes y representantes de la Compañía, incluyendo al Defensor del Paciente, de las mismas, y la Compañía no será responsable de ningún Tratamiento o suministro proporcionado a la Persona Asegurada, excepto por el pago de reclamaciones y beneficios elegibles para la cobertura bajo los Términos de este seguro. Después de que la persona asegurada haya sido notificada de que la reclamación, el Tratamiento, la prestación o el diagnóstico cumple con las directrices del programa del Defensor del Paciente de la Compañía, ésta se reserva el derecho, a su elección y a su único criterio, sin responsabilidad alguna:

- (a) realizar el pago de tratamientos y/o suministros que, aunque no estén expresamente cubiertos por este seguro, puedan ser beneficiosos para la persona asegurada y rentables para la Compañía; y/o
- (b) denegar la cobertura y/o beneficios por cualquier Cargo, incluyendo los Gastos Médicos Elegibles que de otro modo serían elegibles para la cobertura si no fuera por los Términos de esta cláusula, que excedan la cantidad que la Compañía habría cubierto si la Persona asegurada hubiera aceptado y seguido las recomendaciones del programa de Defensa del Paciente.

(24) DERECHO DE RECUPERACIÓN: En el caso de que la Compañía pague en exceso cualquier reclamación de beneficios en virtud de este seguro, por cualquier razón, incluyendo sin limitación por cualquiera de las siguientes:

- (a) la totalidad o parte de la reclamación no fue incurrida o pagada por o en nombre de la persona asegurada,
- (b) la Persona asegurada o cualquiera de los Familiares de la Persona asegurada, sea o no el Familiar una Persona asegurada bajo este plan de seguro, es reembolsado o tiene derecho a ser reembolsado por la totalidad o parte de la reclamación de acuerdo con las CONDICIONES Y DISPOSICIONES GENERALES, disposición de OTROS SEGUROS, por equipos o dispositivos médicos defectuosos cubiertos por una garantía, o por o de una fuente distinta a la Compañía,
- (c) la totalidad o parte de la reclamación no era elegible para el pago o la cobertura según las Condiciones de este seguro,
- (d) la totalidad o parte de la reclamación se pagó o reembolsó basándose en una aplicación incorrecta o errónea de las prestaciones de este seguro,
- (e) el proveedor ha excusado, renunciado, abandonado, confiscado, descontado o liberado la totalidad o parte de la reclamación,
- (f) la persona asegurada no es responsable de la totalidad o parte de una reclamación.

La Compañía tendrá derecho a recibir un reembolso y a recuperar el importe del pago en exceso de la persona asegurada y/o del hospital, médico y/u otro proveedor de servicios o suministros (según sea el caso). El importe del reembolso y la recuperación del pago en exceso de siniestros será la diferencia entre: el importe realmente pagado por la Compañía y el importe, si lo hubiera, que debería haber sido pagado por la Compañía según las Condiciones de este seguro.

Para todos los demás pagos en exceso, el importe del reembolso y la recuperación será la cantidad pagada en exceso.

Si la persona asegurada, el hospital, el médico u otro proveedor de servicios o suministros no efectúa con prontitud dicho reembolso a la Compañía, ésta podrá, además de cualquier otro derecho o recurso de que disponga (todos ellos reservados)

- (i) reducir o deducir del importe de cualquier reclamación futura que, de otro modo, sea elegible para la cobertura o el pago en virtud de este seguro, la totalidad del reembolso debido a la Compañía; y/o
- (ii) cancelar este Certificado y toda la cobertura posterior de la persona asegurada bajo la Póliza Master, dando aviso por escrito con treinta (30) días de antelación, notificando por correo a la persona asegurada a su última residencia o dirección postal conocida y compensando con el importe de cualquier reembolso de la prima que le corresponda a la persona asegurada hasta la totalidad del reembolso que le corresponda a la Compañía.

(25) EXPLICACIÓN O VERIFICACIÓN DE LOS BENEFICIOS: En el caso de cualquier consulta verbal o telefónica, se hará todo lo posible para ayudar a la persona asegurada y a sus proveedores de atención médica a comprender la situación, el alcance y la extensión de los beneficios y la cobertura disponibles en virtud de este seguro; Sin embargo, ninguna declaración hecha por un agente, empleado o representante de la Compañía o del Administrador del Plan se considerará o interpretará como una representación, promesa o impedimento procesal, ni creará ninguna responsabilidad contra la Compañía o el Administrador del Plan, ni se considerará o interpretará como vinculante para la Compañía o para modificar, reemplazar, renunciar, extender o enmendar cualquiera de los Términos de la Póliza Master o de este Certificado, a menos que se establezca expresamente por escrito y sea firmado por un agente o representante autorizado de la Compañía. Las determinaciones reales de elegibilidad, las verificaciones de beneficios, las decisiones finales de cobertura, las adjudicaciones de reclamaciones, los pagos finales, los reembolsos de beneficios o las reclamaciones se determinarán y adjudicarán sólo después o en el momento en que se presente una Solicitud y/o Prueba de Reclamación adecuada y completa (según sea el caso), se brinde la oportunidad de una investigación y/o revisión razonable, se reciba la cooperación requerida en el presente documento y se presenten por escrito todos los hechos y la información de apoyo, incluidos los datos, la información y los registros médicos pertinentes cuando la Compañía lo considere necesario o apropiado. Las reclamaciones presentadas pueden ser investigadas y/o revisadas más a fondo. Los términos de la póliza Master rigen toda la cobertura disponible y los pagos realizados o por realizar. Si, por cualquier motivo, se requiere una respuesta definitiva a una pregunta específica sobre beneficios o cobertura, la persona asegurada o sus proveedores de atención médica pueden presentar una solicitud por escrito a la Compañía, incluyendo toda la información médica pertinente y una declaración del médico que lo atiende (si corresponde), y la Compañía enviará una respuesta por escrito que se mantendrá

en el archivo. Si la compañía opta por verificar de forma general y/o preliminar a un proveedor o a la persona asegurada que una lesión, enfermedad, diagnóstico o tratamiento propuesto está o puede estar cubierto por este seguro, o que los beneficios para el mismo están o pueden estar disponibles como se indica en este Certificado, cualquier verificación de beneficios no garantiza ni el pago de beneficios ni la cantidad o elegibilidad de los mismos. Las determinaciones finales de elegibilidad, las decisiones de cobertura, la presentación de reclamaciones y el reembolso o pago real de reclamaciones o beneficios están sujetos a todos los Términos de este seguro, incluyendo, sin limitación, la presentación de una Prueba de Reclamación adecuada y completa y el cumplimiento de la cláusula de CONDICIONES Y DISPOSICIONES GENERALES, COOPERACIÓN.

D. ELIGIBILIDAD: Si una persona asegurada no es elegible, este Certificado es nulo ab initio y toda la Prima pagada será reembolsada. Para ser elegible y calificar para la cobertura de este seguro, una persona debe cumplir con todos los siguientes requisitos

- (1) cumplimentar y firmar una Solicitud como Persona asegurada (o figurar en ella como solicitante y persona asegurada propuesta), y/o como Cónyuge y/o Hijo de la Persona asegurada,
- (2) presentar a la Compañía una prueba de al menos seis (6) meses de Cobertura Acreditable en el momento de la Solicitud,
- (3) pagar la Prima requerida en o antes de la Fecha de Entrada en Vigor de la Cobertura,
- (4) recibir la aceptación por escrito de su Solicitud o renovación por parte de la Compañía,
- (5) tener al menos catorce (14) días de edad, pero no setenta y cinco (75) años,
- (6) no estar embarazada, hospitalizada o discapacitada en la fecha de entrada en vigor inicial,
- (7) no ser VIH+ en la fecha de entrada en vigor,
- (8) Ciudadanos de Estados Unidos: deben residir fuera de Estados Unidos en la fecha de entrada en vigor (o en la fecha de renovación) y tener previsto residir fuera de Estados Unidos durante al menos seis (6) de los doce (12) meses siguientes,
- (9) Los ciudadanos no estadounidenses:
 - (a) deben residir fuera de Estados Unidos en el momento de la solicitud (o de la renovación); y
 - (b) deben tener previsto residir fuera de los Estados Unidos de forma continuada durante al menos seis (6) meses durante el Periodo de Cobertura, con salida requerida de los Estados Unidos no más de treinta (30) días después de la Fecha de Entrada en Vigor Inicial o de la Fecha de Entrada en Vigor de la renovación; o
 - (c) si se encuentra dentro de los Estados Unidos en el momento de la Solicitud (o de la renovación), no debe ser elegible para ningún otro plan de seguro médico que esté disponible para personas en situación similar y ubicadas en los Estados Unidos y debe proporcionar a la Compañía una Declaración Jurada de Elegibilidad.

E. REQUISITOS DE PRECERTIFICACIÓN: La precertificación es una determinación general de la Necesidad Médica solamente, y todas esas determinaciones son hechas por la Compañía (actuando a través de sus agentes y representantes autorizados) en base a la integridad y exactitud de la información proporcionada por la Persona asegurada y/o sus Familiares, tutores y/o proveedores de atención médica en el momento de la precertificación. La Compañía se reserva el derecho de impugnar, disputar y/o revocar una determinación previa de Necesidad Médica en base a la información obtenida posteriormente. La precertificación no es una garantía, autorización, preautorización o verificación del Tratamiento o de la cobertura, una verificación de los beneficios o una garantía de pago. El hecho de que el Tratamiento o los suministros sean precertificados por la Compañía no garantiza el pago de los beneficios, la disponibilidad de la cobertura, ni el importe o la elegibilidad de los beneficios. La consideración y determinación por parte de la Compañía de una solicitud de Precertificación, así como cualquier revisión o adjudicación posterior de todas las reclamaciones médicas presentadas en relación con la misma, seguirán estando sujetas a todas las Condiciones de este seguro, incluyendo las exclusiones por Condiciones Pre-existentes y otras exclusiones designadas, limitaciones y sub-limitaciones de beneficios, y el requisito de que las reclamaciones sean Usuales, Razonables y Acostumbradas. Cualquier consideración o determinación de una solicitud de precertificación no se percibirá ni se considerará como la aprobación, autorización o ratificación por parte de la Compañía, ni la recomendación o el consentimiento de cualquier diagnóstico o procedimiento de tratamiento propuesto. Ni la Compañía ni el Administrador del Plan (ni nadie que actúe en sus respectivos nombres) tienen autoridad u obligación para seleccionar Médicos, Hospitales u otros proveedores de atención médica para la Persona asegurada, o para tomar cualquier diagnóstico o decisión de Tratamiento médico en nombre de la Persona asegurada, y todas esas decisiones deben ser tomadas única y exclusivamente por la Persona asegurada y/o sus familiares o tutores, Médicos tratantes y otros proveedores de atención médica. Si la persona asegurada y sus proveedores de atención médica cumplen con los requisitos de precertificación de la Póliza Master y de este Certificado, y el tratamiento o los suministros son precertificados como médicamente necesarios, la Compañía reembolsará a la persona asegurada los Gastos Médicos Elegibles hasta el importe indicado en el RESUMEN DE BENEFICIOS en que se haya incurrido en relación con los mismos, sujeto a todos los términos de este seguro. La elegibilidad y el pago de los beneficios están sujetos a todos los Términos de este seguro.

(1) REQUISITOS ESPECÍFICOS: La Compañía, a través del Administrador del Plan, siempre debe certificar previamente la Necesidad Médica antes de admitir o recibir los Tratamientos y/o suministros:

- (a) Quimioterapia,

- (b) Centro de cuidados prolongados,
- (c) Cuidados de enfermería a domicilio,
- (d) Cuidados paliativos,
- (e) Hospitalización,
- (f) Traslado en ambulancia entre centros,
- (g) Medicamentos huérfanos y biológicos,
- (h) Radioterapia,
- (i) Cirugía o intervención quirúrgica,
- (j) Transplantes.

(1) REQUISITOS GENERALES: Para cumplir con los requisitos de precertificación de este seguro para los Tratamientos y/o suministros o servicios enumerados en la disposición anterior de REQUISITOS ESPECÍFICOS, la persona asegurada o su médico o proveedor de atención médica debe realizar todo lo siguiente:

- (a) ponerse en contacto con la Compañía, a través del Administrador del Plan, en los datos de contacto que figuran a continuación y en la tarjeta de identificación de la persona asegurada, lo antes posible y antes de recibir el tratamiento o suministro.

Dentro de los Estados Unidos: +1.800.628.4664

Fuera de los Estados Unidos: +1.317.655.4500

E-mail: acm@imglobal.com

Website: www.imglobal.com/member/precertification

- (b) cumplir con las instrucciones de la Compañía y presentar cualquier información o documento requerido por ella.
- (c) notificar a todos los médicos, hospitales y otros proveedores de asistencia sanitaria que este seguro contiene requisitos de precertificación y pedirles que cooperen plenamente con la Compañía.

(2) REQUISITOS DE PRECERTIFICACIÓN DE TRASPLANTES: Para cumplir con los requisitos de precertificación de trasplantes, la persona asegurada debe ponerse en contacto con la Compañía a través del Administrador del Plan lo antes posible, pero siempre dentro de las setenta y dos (72) horas de convertirse en candidato a un trasplante cubierto; cumplir con las instrucciones de la Compañía y presentar cualquier información o documento requerido por la Compañía; y notificar a todos los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica que este seguro contiene requisitos de precertificación y pedirles que cooperen plenamente con la Compañía.

(3) PÉRDIDA DE COBERTURA/BENEFICIOS POR INCUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE PRECERTIFICACIÓN: Si la persona asegurada o sus proveedores de asistencia sanitaria no cumplen con los requisitos de precertificación para el tratamiento o los suministros identificados en los apartados de REQUISITOS ESPECÍFICOS anteriores, que no sean el tratamiento de trasplante cubierto, o si dicho tratamiento o suministros no están precertificados:

- (a) Los Gastos Médicos Elegibles incurridos con respecto a dicho Tratamiento y/o suministros se reducirán en la cantidad indicada en el RESUMEN DE BENEFICIOS,
- (b) el Deducible se restará del importe restante,
- (c) Se aplicará el coaseguro.

Si la persona asegurada o sus proveedores de atención médica no cumplen con los requisitos de precertificación para el tratamiento o los suministros relacionados con el tratamiento de trasplante cubierto, o si dicho tratamiento y/o suministros no están precertificados, todos los beneficios de gastos de trasplante se perderán y renunciarán.

(4) PRECERTIFICACIÓN DE EMERGENCIA: En el caso de un ingreso hospitalario de urgencia, la precertificación debe completarse dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes al ingreso, o tan pronto como sea razonablemente posible.

(5) REVISIÓN SIMULTÁNEA: Para cualquier tipo de tratamiento en régimen de hospitalización, la Compañía precertificará un número limitado de días de internamiento en función de la enfermedad declarada. A partir de ese momento, se deberá solicitar de nuevo la precertificación y aprobarla si se necesitan días adicionales de tratamiento en régimen de hospitalización.

(6) PROCESO DE APELACIÓN: Si la persona asegurada no está de acuerdo con una decisión de precertificación de la Compañía, puede solicitar por escrito a la Compañía que reconsidere la decisión y puede aportar documentación adicional para respaldar la apelación. La Compañía podrá reconsiderar su decisión basándose en la revisión de la documentación y los hechos adicionales, si los hubiera. La Compañía comunicará a la persona asegurada su decisión en un plazo razonable tras la recepción de la documentación y los hechos adicionales.

La apelación debe enviarse a AkesoCare:

Phone: +1.317.655.4500, Option #2

F. ORGANIZACIÓN DE PROVEEDORES PREFERIDOS DE ESTADOS UNIDOS (PPO):

- (1) **BENEFICIOS ESPECIALES:** Si el Tratamiento o los suministros elegibles para la cobertura de este seguro se reciben directamente de la lista aprobada por la Compañía de proveedores independientes de la Organización de Proveedores Preferidos (PPO) mientras la Persona asegurada se encuentra en los Estados Unidos, la Compañía ajustará el Deducible y/o el Coaseguro aplicable a dichas reclamaciones de acuerdo con la cantidad indicada en el RESUMEN DE BENEFICIOS. Sin embargo, todas las reclamaciones por tratamientos o suministros recibidos en los Estados Unidos de un proveedor no perteneciente a la PPO seguirán estando sujetas al Deducible y al Coaseguro aplicables, independientemente de que la persona asegurada pueda ser elegible para el beneficio especial anterior relacionado con los tratamientos o los suministros recibidos de proveedores de la PPO.
- (2) **INFORMACIÓN SOBRE EL PPO:** La Compañía, a través del Administrador del Plan, se esfuerza por mantener un acuerdo contractual con una (1) o más Organizaciones de Proveedores Preferidos (PPO) independientes que han establecido y mantienen una red de Médicos, Hospitales y otros proveedores de atención médica y servicios de salud con sede en los Estados Unidos que son contratados por separado y directamente con la PPO y que pueden proporcionar precios, descuentos o cargos reducidos por el Tratamiento o los suministros proporcionados a la persona asegurada. Ni la Compañía ni el Administrador del Plan tienen autoridad o control sobre las operaciones o negocios de la PPO, o sobre las operaciones o negocios de cualquier proveedor dentro de la red independiente de la PPO. Ni la PPO ni el proveedor dentro de la red de la PPO, ni ninguno de sus respectivos agentes, empleados o representantes tiene o tendrá ningún poder o autoridad para actuar en nombre de la Compañía o del Administrador del Plan en ningún aspecto, incluyendo, sin limitación, ningún poder o autoridad para realizar cualquiera de los siguientes:
- (a) aprobar las solicitudes o las inscripciones para la cobertura inicial, la renovación o el restablecimiento de la cobertura de este plan de seguro, o aceptar el pago de las primas,
 - (b) aceptar riesgos para o en nombre de la Compañía,
 - (c) actuar, hablar o comprometer a la Compañía o al administrador del plan de cualquier manera,
 - (d) renunciar, alterar o modificar cualquiera de los términos de la Póliza Master o de este Certificado, o renunciar, liberar, comprometer o liquidar cualquiera de los derechos, recursos o intereses de la Compañía en virtud de la misma o de este Certificado,
 - (e) determinar la precertificación, el derecho a la cobertura o la verificación de las prestaciones, o tomar cualquier tipo de decisión sobre la cobertura, las prestaciones o las reclamaciones,

La persona asegurada no está obligada a solicitar el tratamiento o los suministros exclusivamente a un proveedor de la red independiente de la PPO. Sin embargo, el uso o no uso de la red PPO por parte de la Persona asegurada puede afectar al alcance y la extensión de los beneficios disponibles bajo este seguro, incluyendo, sin limitación, cualquier Deducible aplicable, Coaseguro y reducción de beneficios, como se establece anteriormente.

La persona asegurada puede ponerse en contacto con la Compañía a través del Administrador del Plan y solicitar un directorio de la PPO para la zona en la que la persona asegurada recibirá la consulta o el tratamiento (en el que se enumeran los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica dentro de la red de la PPO por ubicación y especialidad), o la persona asegurada puede visitar el sitio web del Administrador del Plan en www.imglobal.com/member para obtener dicha información.

- G. SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA:** Excepto en el caso de una Emergencia, si un Médico recomienda una Cirugía o Transplante Cubierto, la Compañía puede exigir, como condición para tener derecho a los beneficios de este seguro, que la Persona asegurada consulte con otro Médico independiente para obtener una segunda opinión sobre la Necesidad Médica de la Cirugía ("Segunda Opinión Quirúrgica").

La persona asegurada debe notificar a la Compañía inmediatamente en caso de que un médico recomiende una cirugía no urgente o un trasplante cubierto. La persona asegurada será informada de inmediato si requiere o no una segunda opinión. Al recibir una segunda opinión que difiera del médico que la recomendó, la Compañía avisará inmediatamente a la persona asegurada si requiere o no una tercera opinión.

- (1) La Compañía notificará a la persona asegurada si se requiere una Segunda Opinión Quirúrgica tan pronto como sea razonablemente posible después de que la persona asegurada precertifique dicha Cirugía de acuerdo con los REQUISITOS DE PRECERTIFICACIÓN establecidos en este Certificado.
- (2) El médico que proporcione la segunda opinión debe cumplir todos los criterios siguientes:
- (a) no ser pariente de la persona asegurada o del primer médico recomendante,
 - (b) no estar asociado económica o profesionalmente, o de cualquier otra manera, con el primer médico recomendante,
 - (c) proporcionar a la Compañía una opinión por escrito y todos los documentos y registros razonablemente solicitados por la Compañía en apoyo de dicha opinión.

Si la Compañía no requiere una segunda opinión, la Compañía reembolsará a la persona asegurada los Gastos Médicos

Elegibles incurridos de acuerdo con los Términos de este seguro.

Si la Compañía requiere la segunda opinión, la Compañía reembolsará a la persona asegurada los Gastos Médicos Elegibles incurridos por la consulta, incluyendo cualquier prueba o procedimiento de diagnóstico requerido que no haya sido realizado por el primer Médico recomendante, sin aplicación de ningún Deducible o Coaseguro. Si la segunda opinión coincide con el Médico recomendante, la Compañía reembolsará a la Persona asegurada los Gastos Médicos Elegibles de acuerdo con las Condiciones de este seguro.

Si la segunda opinión difiere del Médico recomendante, la persona asegurada puede ser requerida a consultar con otro Médico para obtener una tercera opinión sobre la Necesidad Médica de la Cirugía. El tercer médico debe cumplir también los requisitos de los apartados (a) a (c) inmediatamente anteriores.

Si la tercera opinión es requerida por la Compañía, ésta reembolsará a la Persona asegurada los Gastos Médicos Elegibles incurridos por la consulta, incluyendo cualquier prueba o procedimiento de diagnóstico requerido que no haya sido realizado por el primer o segundo Médico, sin aplicación de ningún Deducible o Coaseguro.

Si a la Persona asegurada se le solicita o se le exige que obtenga una segunda o tercera opinión y no lo hace, todos los beneficios que de otra manera estarían disponibles bajo este seguro para el reembolso de los Gastos Médicos Elegibles que estén directa o indirectamente relacionados o que surjan como consecuencia de la Cirugía, se reducirán en un cincuenta por ciento (50%).

Si la persona asegurada obtiene tres (3) opiniones, la Compañía reembolsará a la persona asegurada los Gastos Médicos Elegibles incurridos de acuerdo con los Términos de este seguro, basándose en las recomendaciones concurrentes de dos (2) de las tres (3) opiniones de los Médicos. Si la persona asegurada opta por no seguir las recomendaciones de los dos (2) médicos concurrentes, todos los beneficios que de otra manera estarían disponibles bajo este seguro para el reembolso de los Gastos Médicos Elegibles que estén directa o indirectamente relacionados con la Cirugía o que surjan como consecuencia de la misma, o que estén directa o indirectamente relacionados con la Cirugía recomendada o que surjan como consecuencia de la negativa de la persona asegurada a someterse a ella, se reducirán en un cincuenta por ciento (50%).

H. SERVICIO DE ASESORAMIENTO MÉDICO: El Servicio de Asesoramiento Médico es un servicio patentado de IMG que ayuda a la persona asegurada a navegar por el sistema sanitario de Estados Unidos para identificar a los proveedores de mayor calidad para tratamientos programados, no urgentes, en régimen de hospitalización y determinados tratamientos ambulatorios.

Con el Servicio de Asesoramiento Médico, la persona asegurada que programe un tratamiento en régimen de hospitalización o ambulatorio recibe información importante para ayudarlo a elegir el proveedor médico de las condiciones médicas elegibles, incluyendo información sobre el coste y la calidad de los hospitales, maximizando así los beneficios proporcionados por este plan de seguro.

En el caso de tratamientos no urgentes en régimen de hospitalización dentro de los Estados Unidos, el uso del Servicio de Asesoramiento Médico proporcionará a la persona asegurada una lista de proveedores cualificados dentro de la zona geográfica donde se encuentre la persona asegurada cuando el tratamiento sea médicamente necesario.

Beneficio especial al utilizar el Servicio de Asesoramiento Médico: Cuando la persona asegurada obtenga Tratamiento de un Médico, otro proveedor de atención médica u Hospital elegido por la persona asegurada mediante el uso de nuestro Servicio de Asesoramiento Médico, e incurra en Gastos Médicos Elegibles bajo el plan de seguro mostrado en la Declaración, independientemente de que el proveedor esté dentro de la Organización de Proveedores Preferidos (PPO) de los Estados Unidos, la Compañía ajustará el Coaseguro y los gastos de bolsillo a la cantidad mostrada en el RESUMEN DE BENEFICIOS.

Para tener derecho a estas prestaciones, la persona asegurada debe ponerse en contacto con la Compañía inmediatamente después de que un profesional de la salud recomiende que la persona asegurada sea ingresada o reciba alguno de los siguientes servicios:

- (1) Colonoscopia,
- (2) Tomografía Axial Computerizada (TAC),
- (3) Cistoscopia,
- (4) Ecocardiografía,
- (5) Endoscopia,
- (6) Gastroscopia,
- (7) Cuidados de enfermería a domicilio,
- (8) Atención en régimen de internado en un centro de cuidados prolongados o de rehabilitación,
- (9) Hospitalización para tratamiento o cirugía no urgente,
- (10) Resonancia magnética (MRI),
- (11) Cirugía ambulatoria,

(12) Recepción de un tratamiento de trasplante o suministros cubiertos.

Póngase en contacto con la Compañía lo antes posible PREVIAMENTE a programar el tratamiento de la siguiente manera:

Dentro de los Estados Unidos: +1.877.654.6229

Email: mcs@akesocare.com

Fuera de los Estados Unidos: +1.317.655.4500

Website: www.imglobal.com/member

I. GASTOS MÉDICOS ELEGIBLES: Sujeto a los Términos de este seguro, y al plan de seguro mostrado en la Declaración, la Compañía reembolsará a la Persona asegurada hasta la cantidad mostrada en el RESUMEN DE BENEFICIOS por los siguientes costes, Cargos y gastos incurridos por la Persona asegurada durante el Período de Cobertura con respecto a una Enfermedad o Lesión sufrida o padecida por la Persona asegurada durante el Período de Cobertura y mientras este Certificado esté vigente, siempre y cuando la Enfermedad o Lesión esté cubierta por este Certificado, los Cargos sean Usuales, Razonables y Acostumbrados, y los Cargos sean debidos a Tratamiento o suministros que sean Médicamente Necesarios ("Gastos Médicos Elegibles"):

(1) Los gastos incurridos en un hospital por:

- (a) la habitación y las comidas diarias, los servicios de enfermería y los servicios auxiliares no deben superar la tarifa media de una habitación semiprivada. Se considerará una habitación privada cuando no se disponga de una habitación semiprivada.
- (b) alojamiento y comida diarios, servicios de enfermería y servicios auxiliares en una unidad de cuidados intensivos.
- (c) uso de la sala de operaciones, de tratamiento o de recuperación.
- (d) servicios y suministros que el Hospital proporciona habitualmente a las personas para su uso mientras son pacientes internos.
- (e) Tratamiento de urgencia de una lesión, aunque no sea necesario el internamiento en un hospital.
- (f) Tratamiento de Emergencia de una Enfermedad; sin embargo, se requerirá un Deducible adicional (como se muestra en el RESUMEN DE BENEFICIOS) a menos que la Persona asegurada sea admitida directamente en el Hospital como Paciente Interno para continuar con el Tratamiento de esa Enfermedad.

(2) Gastos de cirugía en un centro quirúrgico ambulatorio, incluidos los servicios y suministros.

(3) Los gastos de un médico por servicios profesionales prestados, incluida la cirugía; sin embargo, los gastos de un cirujano asistente estarán limitados y se cubrirán con una tarifa de hasta el veinte por ciento (20%) de los gastos habituales, razonables y acostumbrados del cirujano principal; y siempre que la disponibilidad de un médico o cirujano no se considere un servicio profesional y no sea elegible para la cobertura.

(4) Los gastos incurridos por:

- (a) apósitos, suturas, yesos u otros suministros que sean Médicamente Necesarios.
- (b) pruebas de diagnóstico mediante servicios de radiología, ecografía o servicios de laboratorio. Los servicios de laboratorio facturados por los honorarios del componente profesional están cubiertos si el patólogo participa directamente en la elaboración de un informe escrito o en la consulta verbal de los servicios de patología específicos de la muestra.
- (c) Dispositivos de implante que sean médicamente necesarios; sin embargo, cualquier implante proporcionado fuera de la red de la PPO está limitado a un pago de no más del ciento cincuenta por ciento (150%) del precio de factura establecido y/o del precio de tarifa para ese artículo.
- (d) las prótesis funcionales básicas, las prótesis oculares o de laringe o las prótesis mamarias, pero no la sustitución o reparación de las mismas.
- (e) la Cirugía reconstructiva cuando la Cirugía es accesoria y posterior a la Cirugía cubierta por el presente contrato.
- (f) el tratamiento con radioterapia y quimioterapia.
- (g) la hemodiálisis y los Gastos de un Hospital por el procesamiento y la administración de sangre o componentes sanguíneos.
- (h) oxígeno y otros gases y su administración.
- (i) las anestесias y su administración por un médico.
- (j) medicamentos que requieran una prescripción de un médico para el tratamiento de una enfermedad o lesión, pero no para la sustitución de medicamentos perdidos, robados, dañados, caducados o comprometidos de alguna manera, y para un suministro máximo de noventa (90) días de cualquier receta médica.

- (k) atención en un Centro de Cuidados Prolongados autorizado tras el traslado directo desde un Hospital de cuidados intensivos.
- (l) Cuidados de enfermería a domicilio en la cama por un profesional cualificado con licencia, proporcionados por una Agencia de Asistencia Sanitaria a Domicilio tras el traslado directo desde un Hospital de cuidados intensivos.
- (m) Transporte local de emergencia en ambulancia necesariamente incurrido en relación con:
 - (i) una lesión,
 - (ii) una Enfermedad que resulte en un confinamiento en el Hospital como paciente interno.
- (n) El traslado en ambulancia entre centros debe ser el resultado de un ingreso hospitalario, médicamente necesario y desde un centro sanitario autorizado a otro centro sanitario autorizado mediante ambulancia aérea o terrestre.
- (o) Tratamiento de Trastornos Mentales o Nerviosos, sólo después de que la persona asegurada haya mantenido la cobertura de este plan de seguro de forma continua durante el número de meses que se muestra en el RESUMEN DE BENEFICIOS.
- (p) la fisioterapia prescrita por un médico y llevada a cabo por un fisioterapeuta profesional, y en la que se incurre necesariamente para continuar la recuperación de una lesión o enfermedad cubierta.
- (q) el alquiler médicamente necesario de equipos médicos duraderos, hasta el precio de compra.
- (r) la compra inicial, el ajuste, la reparación y el reemplazo de aparatos ortopédicos, tales como corsés, férulas u otros aparatos necesarios para el apoyo de una parte del cuerpo lesionada o deformada como resultado de una Lesión o Enfermedad.
- (s) los siguientes cargos realizados por Hospicio:
 - (i) Alojamiento y comida cobrados por el Hospicio y enfermería a tiempo parcial por parte de una Enfermera Titulada cuando se den las siguientes condiciones: El médico debe certificar que la persona asegurada tiene una enfermedad terminal con seis (6) meses o menos de vida; y los servicios para la persona asegurada deben recibirse en un centro de cuidados paliativos para pacientes internos o en el domicilio de la persona asegurada,
 - (ii) Los gastos incurridos por el asesoramiento en caso de duelo para la persona asegurada y la familia. Los servicios deben ser prestados por un trabajador social autorizado o un consejero pastoral autorizado. Los servicios deben ser recibidos antes o dentro de los seis (6) meses posteriores al fallecimiento del paciente; y los pagos se limitarán a la cantidad indicada en el RESUMEN DE BENEFICIOS.
- (t) medicamentos prescritos por un Médico específicamente para la prevención de la malaria.
- (u) Medicamentos huérfanos o biológicos, sin exceder la cantidad indicada en el RESUMEN DE BENEFICIOS, y sólo cuando se cumplan TODAS las condiciones siguientes:
 - (i) los Cargos son autorizados por escrito por la Compañía o el Administrador del Plan,
 - (ii) el Medicamento Huérfano o el Medicamento Biológico es Medicamento Necesario, de acuerdo con el estándar generalmente aceptado de la práctica médica, y está disponible para el Tratamiento de una Enfermedad, Lesión o condición médica de la Persona asegurada,
 - (iii) el tratamiento de la enfermedad, lesión o afección médica de la persona asegurada con el medicamento huérfano o biológico no es experimental o de investigación.
- (5)** Los gastos incurridos por una Consulta Teladoc (sólo para personas aseguradas con cobertura del Área 3), Teleconsulta o Visita Médica Virtual, sujetos a las limitaciones establecidas en el RESUMEN DE BENEFICIOS.
- (6)** Gastos de atención podológica hasta el importe indicado en el RESUMEN DE BENEFICIOS.
- (7)** Gastos de tratamiento de una lesión en el pie debida a un accidente cubierto por el presente documento.
- (8)** Gastos por el tratamiento de una enfermedad para la cual la cirugía de pie es médicamente necesaria y se determina que es el único método apropiado de tratamiento.
- (9)** Gastos de tratamiento dental hasta el importe indicado en el RESUMEN DE BENEFICIOS:
 - (a) Los gastos de tratamiento tras una lesión dental traumática causada por un accidente cubierto que haya provocado una lesión física a la persona asegurada.
 - (b) Gastos de tratamiento odontológico necesario en caso de dolor inesperado en los dientes naturales sanos.
 - (c) Los gastos derivados del Tratamiento Dental no urgente necesario debido a un Accidente cubierto por el presente seguro.
- (10)** Gastos de tratamiento derivados de COVID-19/SARS-CoV-2.
- J. MEDICINA COMPLEMENTARIA:** Con sujeción al Deducible y al Coaseguro y a las demás Condiciones de este seguro, incluyendo sin limitación las Condiciones y Limitaciones que se indican a continuación, la Compañía reembolsará a la Persona asegurada hasta la cantidad indicada en el RESUMEN DE BENEFICIOS por los Gastos incurridos por la Persona asegurada por los Servicios Médicos Complementarios.

Condiciones y Limitaciones: Para tener derecho al reembolso de los Servicios Médicos Complementarios descritos anteriormente, la persona asegurada debe:

- (1) estar buscando un tratamiento médicamente necesario para una enfermedad específica que haya sido diagnosticada, que esté siendo tratada por un médico autorizado y que esté cubierta por las condiciones de este seguro.
- (2) no estar solicitando Servicios Médicos Complementarios para cualquier Trastorno Mental o Nervioso.

K. EVACUACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA:

(1) Sujeto al Límite Máximo aplicable establecido en el RESUMEN DE BENEFICIOS, y a los demás Términos de este seguro, incluyendo la disposición de EXCLUSIONES y la cláusula de CONDICIONES Y RESTRICCIONES siguiente, la Compañía reembolsará a la Persona asegurada los siguientes gastos de transporte, cuando la Compañía o el Administrador del Plan organicen dicho transporte, y los gastos incurridos por la Persona asegurada que surjan de o en conexión con una Evacuación Médica de Emergencia que ocurra mientras este Certificado esté en vigor y durante el Período de Cobertura:

- (a) Transporte aéreo de emergencia a un aeropuerto adecuado más cercano al Hospital donde la persona asegurada recibirá el Tratamiento.
- (b) El transporte terrestre de emergencia que precede necesariamente al transporte aéreo de emergencia y desde el aeropuerto de destino hasta el hospital donde la persona asegurada recibirá el tratamiento.

(2) **CONDICIONES y RESTRICCIONES:** Para tener derecho a la cobertura de los beneficios de Evacuación Médica de Emergencia, la persona asegurada debe cumplir con todos los Términos de este seguro. La Compañía proporcionará los beneficios de Evacuación Médica de Emergencia sólo cuando la condición, la Enfermedad, la Lesión o el suceso que da lugar a la Evacuación Médica de Emergencia esté cubierta por los Términos de este seguro. La Compañía proporcionará las prestaciones de Evacuación Médica de Emergencia sólo cuando se cumplan todas las condiciones y restricciones siguientes:

- (a) la persona asegurada debe estar físicamente presente en el país de acogida en el momento de la Evacuación Médica de Emergencia solicitada.
- (b) el tratamiento médicamente necesario no puede ser proporcionado localmente.
- (c) el transporte por cualquier otro medio o método provocaría la pérdida de la vida o la integridad física de la persona asegurada en un plazo de veinticuatro (24) horas, según una certeza médica razonable.
- (d) la evacuación médica de emergencia es recomendada por el médico que le atiende y que certifica lo indicado en los apartados (a) y (b) anteriores.
- (e) La Evacuación Médica de Emergencia es acordada por la Persona Asegurada o un Familiar de esta.
- (f) la Evacuación Médica de Emergencia es proporcionada por personal de emergencia designado, con licencia, calificado, actuando dentro del ámbito de dicha licencia y aprobado de antemano y todos los preparativos son coordinados por la Compañía.
- (g) la condición, la Enfermedad, la Lesión o el suceso que da lugar a la necesidad de la Evacuación Médica de Emergencia:
 - (i) ocurrió de forma repentina, inesperada y espontánea, y sin: (1) aviso previo, (2) tratamiento, diagnóstico o recomendación de tratamiento por parte de un médico, o (3) manifestación previa de síntomas o condiciones que habrían hecho que una persona razonablemente prudente buscara atención médica antes del inicio de la emergencia.
 - (ii) no era una condición preexistente.
- (h) La Compañía cubrirá el reembolso de los costes y gastos descritos anteriormente y organizará la Evacuación Médica de Emergencia sólo hasta el Hospital más cercano que esté capacitado para proporcionar el Tratamiento Médicamente Necesario para evitar la pérdida de la vida o del miembro de la persona asegurada.

La persona asegurada puede seleccionar un Hospital diferente en su País de Origen a su elección, pero en tal caso la persona asegurada será la única responsable de todos los costes y gastos que excedan la suma en los que se habría incurrido si la persona asegurada hubiera utilizado el Hospital calificado más cercano. Si la Persona asegurada selecciona un Hospital distinto al hospital calificado más cercano, entonces el médico que lo atiende, la Persona asegurada o un pariente de la Persona asegurada deberá certificar a la Compañía el entendimiento y reconocimiento de la Persona asegurada de dicha responsabilidad por el exceso de costos y gastos, además de los asuntos establecidos en la cláusula anterior de CONDICIONES Y RESTRICCIONES. En todos los casos, la Compañía hará los preparativos necesarios para la Evacuación Médica de Emergencia y hará todo lo posible para gestionar con contratistas independientes, cualquier Evacuación Médica de Emergencia en el menor tiempo razonablemente posible.

Al aceptar este Certificado y solicitar las prestaciones de Evacuación Médica de Emergencia en virtud del mismo, la persona asegurada entiende, reconoce y acepta que la puntualidad, la duración, los sucesos durante y el resultado de una Evacuación Médica de Emergencia pueden verse afectados directa e indirectamente por eventos y/o circunstancias que no están bajo la supervisión o el control de la Compañía, incluyendo, pero sin limitarse a: la disponibilidad, las limitaciones, el estado físico, la fiabilidad, los programas y procedimientos de mantenimiento y formación, y el rendimiento o no

rendimiento del equipo de transporte competente, los suministros y/o el personal de dichos terceros contratistas; los retrasos o restricciones en los vuelos u otros modos o medios de transporte causados por problemas mecánicos, funcionarios gubernamentales, problemas de telecomunicaciones, falta de disponibilidad de rutas, y/o otras condiciones de viaje, geográficas o meteorológicas; y otros hechos fortuitos y sucesos imprevisibles y/o incontrolables.

La persona asegurada acepta liberar y eximir de responsabilidad a la Compañía, al Administrador del Plan y a sus agentes y representantes, y acepta que la Compañía, el Administrador del Plan y sus agentes y representantes no serán responsables de ningún retraso, pérdida, daño, lesiones o enfermedades adicionales, o cualquier otra reclamación que surja o sea causada en su totalidad o en parte por los actos u omisiones de dichos terceros contratistas independientes o sus agentes, empleados o representantes, o que surjan o sean causados total o parcialmente por actos, omisiones, eventos o circunstancias que no estén bajo la supervisión y el control directos e inmediatos de la Compañía, el Administrador del Plan y/o sus agentes y representantes autorizados, incluyendo, sin limitación, los eventos y circunstancias mencionados anteriormente.

La persona asegurada acepta además que al solicitar una Evacuación Médica de Emergencia, cooperará plenamente como se requiere en la cláusula de CONDICIONES Y DISPOSICIONES GENERALES, COOPERACIÓN. La falta de cooperación y/o la no utilización o aceptación de la Evacuación Médica de Emergencia una vez que haya sido dispuesta por la Compañía o el Administrador del Plan, obligará a la Persona asegurada a reembolsar a la Compañía los gastos incurridos por cualquier Evacuación Médica de Emergencia que haya sido dispuesta, pero no utilizada, por la Persona asegurada. Además, la persona asegurada puede verse obligada a asumir el pago de cualquier Evacuación Médica de Emergencia posterior y solicitar posteriormente el reembolso de los gastos elegibles relacionados con dicha Evacuación Médica de Emergencia.

L. REUNIÓN DE EMERGENCIA:

(1) Sujeto a los Términos de este seguro, incluyendo sin limitación las CONDICIONES Y RESTRICCIONES del apartado siguiente, los gastos de Reunión de Emergencia serán reembolsados a una Persona Asegurada como se indica en el RESUMEN DE BENEFICIOS, en los casos en que haya habido una Evacuación Médica de Emergencia cubierta bajo los Términos de este seguro. Sujeto al Deducible y Coaseguro aplicables y otros límites y sublímites como se especifica en el RESUMEN DE BENEFICIOS, y sujeto a las CONDICIONES Y RESTRICCIONES del apartado de más abajo, los siguientes costes y gastos incurridos con respecto al viaje de un Familiar o amigo de la persona asegurada serán reembolsables a la Persona Asegurada bajo la recomendación y aprobación previa de la Compañía:

- (a) el coste de un billete de avión comercial de ida y vuelta, en clase económica, para un (1) familiar o amigo, desde el aeropuerto más cercano a la ubicación del familiar o amigo en el momento de la emergencia, hasta el aeropuerto que sirva a la zona en la que la persona asegurada esté hospitalizada como consecuencia de la emergencia o vaya a serlo como consecuencia de la evacuación médica de emergencia (que se determinará de acuerdo con los términos del apartado CONDICIONES Y RESTRICCIONES siguiente), y el regreso desde cualquiera de dichos lugares que se seleccione realmente hasta el punto de partida original.
- (b) los gastos de viaje razonables y necesarios, las comidas (hasta el importe indicado en el RESUMEN DE BENEFICIOS), los gastos de transporte y de alojamiento incurridos en relación con la Reunión de Emergencia (pero excluyendo los gastos de entretenimiento).

(2) CONDICIONES Y RESTRICCIONES:

- (a) La cobertura máxima permitida para la Reunión de Emergencia no excederá de quince (15) días, incluyendo los días de viaje, y todos los costes y gastos incurridos más allá de los quince (15) días serán tenidos por cuenta y responsabilidad exclusiva de la persona asegurada, familiar o amigo.
- (b) la Reunión de Emergencia debe ser consecuencia de una Evacuación Médica de Emergencia cubierta por las Condiciones de este seguro.
- (c) la persona asegurada debe estar tan gravemente enferma que el médico que le atienda lo considere necesario y recomiende la presencia de un familiar o amigo en el lugar desde el que se evacua a la persona asegurada o en el lugar de destino de la evacuación médica de emergencia, lo que el médico que le atienda y la Compañía consideren más razonable.
- (d) todos las disposiciones y beneficios de viaje, transporte y alojamiento de la Reunión de Emergencia deben ser aprobados por adelantado por la Compañía para tener derecho a la cobertura de este seguro.
- (e) La persona asegurada, el familiar y/o el amigo deben presentar a la Compañía, una vez finalizado el viaje de la Reunión de Emergencia, copias legibles y verificables de todos los recibos pagados por los costes y gastos de viaje y transporte en los que se haya incurrido y por los que se solicite el reembolso.

M. COBERTURA PREVENTIVA PARA VIAJES SEGUROS: Sujeto a los Términos de este seguro y al plan de seguro mostrado en la Declaración, la Compañía reembolsará a la Persona asegurada hasta el límite indicado en el RESUMEN DE BENEFICIOS para vacunas y medicamentos preventivos. Este beneficio es único y está disponible para los gastos prescritos por un Médico y recibidos dentro de los treinta (30) días anteriores a la Fecha de Vigencia Inicial de la Persona asegurada. La persona asegurada debe consultar a un médico sobre las vacunas y los medicamentos necesarios en función del destino del viaje, la duración de la estancia y las actividades que vaya a realizar. Todas las personas aseguradas deben estar al día con las vacunas rutinarias antes de partir hacia cualquier destino.

Las vacunas y medicamentos cubiertos por esta prestación incluyen sarampión-paperas-rubéola (MMR), difteria-tétanos-tosferina, varicela, poliomielitis, vacuna anual contra la gripe, hepatitis A, fiebre tifoidea, cólera, hepatitis B, encefalitis

japonesa, medicamentos recetados contra la malaria, meningitis, rabia y fiebre amarilla.

- N. INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA:** Sujeto a los Términos de este seguro y al plan de seguro mostrado en la Declaración, y en el caso de que la Persona asegurada haya sido Hospitalizada fuera de los Estados Unidos durante el Período de Cobertura, la Compañía pagará a la Persona asegurada hasta el límite indicado en el RESUMEN DE BENEFICIOS por cada noche de estancia como paciente interno en el Hospital, siempre y cuando el Tratamiento recibido durante la noche de Hospitalización sea considerado como un Gasto Médico Elegible.
- (1) HOSPITAL PÚBLICO:** La persona asegurada está hospitalizada en un hospital estatal, gubernamental o de beneficencia.
- (a) la persona asegurada está ingresada en un hospital público y el tratamiento recibido durante la noche de hospitalización, en su totalidad o en parte, se considera un Gasto Médico Elegible según las condiciones del plan, y no se incurre en ningún gasto por parte de la persona asegurada o de la Compañía, la Compañía pagará a la persona asegurada la cantidad indicada en el RESUMEN DE BENEFICIOS, INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA, hospital público, por cada noche como paciente ingresado en el hospital.
- (b) la persona asegurada está internada en un hospital público y el tratamiento recibido durante la noche de hospitalización, en su totalidad o en parte, se considera un Gasto Médico Elegible según las condiciones del plan, y se incurre en algún gasto por parte de la persona asegurada o la Compañía, la Compañía pagará a la persona asegurada la cantidad indicada en el RESUMEN DE BENEFICIOS, INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA, Hospital Privado, por cada noche como paciente ingresado en el hospital.
- (2) HOSPITAL PRIVADO:** La persona asegurada está internada en un Hospital Privado y el Tratamiento recibido durante la noche de Hospitalización, en todo o en parte, es considerado como un Gasto Médico Elegible según las condiciones del plan, la Compañía pagará a la persona asegurada la cantidad indicada en el RESUMEN DE BENEFICIOS, INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA, Hospital Privado, por cada noche como paciente ingresado en el Hospital.
- Para reclamar esta prestación, la persona asegurada debe pedir al Hospital que firme y selle el formulario de reclamación.
- O. ATENCIÓN PREVENTIVA:** Sujeto a los Términos de este seguro y al plan de seguro mostrado en la Declaración, la Compañía reembolsará a la Persona asegurada los siguientes gastos incurridos durante la vigencia de este Certificado:
- (1)** Para Hombres de diecinueve (19) años de edad y mayores: un (1) Examen Físico de Rutina, incluyendo vacunas de rutina comúnmente administradas a adultos. Limitado a la cantidad indicada en el RESUMEN DE BENEFICIOS y siempre que hayan transcurrido al menos doce (12) meses desde el último examen físico de rutina de la persona asegurada.
- (2)** Para mujeres de diecinueve (19) años o más: un (1) Examen Físico de Rutina, incluyendo las vacunas de rutina comúnmente administradas a los adultos. Limitado a la cantidad indicada en el RESUMEN DE BENEFICIOS, incluyendo los gastos por exámenes de mamografía y papanicolau, y siempre que hayan transcurrido al menos doce (12) meses desde el último Examen Físico de Rutina de la persona asegurada.
- (3)** para un Niño, limitado a la cantidad indicada en el RESUMEN DE BENEFICIOS:
- (a) un (1) Examen Físico de Rutina por Período de Cobertura, siempre que hayan transcurrido al menos doce (12) meses desde el último Examen Físico de Rutina del Niño
- (b) inoculaciones y vacunas de rutina comúnmente administradas a Niños menores de diecinueve (19) años de edad de acuerdo con la práctica médica estándar.
- P. EMERGENCIA DE SALUD PÚBLICA:** Sujeto a todos los demás Términos de este seguro, en caso de una Emergencia de Salud Pública de carácter Internacional, Epidemia, Pandemia, otro brote de enfermedad, o Desastre Natural, que pueda afectar la salud de una Persona Asegurada, la Compañía cubrirá una Enfermedad o Lesión ocurrida durante el Período de Cobertura y causada por la Emergencia de Salud Pública de carácter Internacional, Epidemia, Pandemia, otro brote de enfermedad, o Desastre Natural cuando antes de la emisión de una Advertencia de Viaje para el País Anfitrión o una Advertencia Global de Viaje:
- (1)** se ha producido la fecha de entrada en vigor de la cobertura; y
- (2)** la persona asegurada ha llegado al País Anfitrión o al Área Afectada.
- En el caso de que la Advertencia de Viaje aplicable sea eliminada para el País Anfitrión o Área Afectada, la cobertura de una Enfermedad o Lesión ocurrida durante el Período de Cobertura después de que la Advertencia de Viaje sea eliminada, que haya sido causada por la Emergencia de Salud Pública de carácter Internacional, Epidemia, Pandemia, otro brote de enfermedad, o Desastre Natural será considerada por la Compañía como cualquier otra Enfermedad o Lesión, sujeta a todos los Términos y condiciones de este seguro.
- No obstante lo dispuesto en esta sección EMERGENCIA DE SALUD PÚBLICA, la COVID-19/SARS-CoV-2 será considerada por la Compañía como cualquier otra Enfermedad o Lesión, sujeta a todos los demás Términos y condiciones de este seguro.
- Q. ACTIVIDADES SUBACUÁTICAS RECREATIVAS:** Sujeto a los Términos de este seguro, incluyendo sin limitación el Deducible, Coaseguro, y los límites y sublímites establecidos en el RESUMEN DE BENEFICIOS, la cláusula de Exclusiones, y las Exclusiones y Limitaciones Especiales siguientes, la Compañía reembolsará a la persona asegurada los Gastos Médicos Elegibles incurridos por la persona asegurada con respecto a una Enfermedad o Lesión sufrida o padecida

por la persona asegurada mientras realiza actividades de Buceo Deportivo durante el Período de Cobertura, siempre y cuando las mismas se lleven a cabo en estricta conformidad con las directrices, códigos de buenas prácticas y recomendaciones para las prácticas seguras de buceo establecidas por un Organismo de Buceo Autorizado.

Exclusiones y limitaciones especiales: Además de las disposiciones de las Exclusiones, este seguro no cubre los Cargos, costes, gastos y/o reclamaciones en los que incurra la Persona asegurada relacionados con, derivados de, como consecuencia de, o en conexión con, directa o indirectamente, cualquiera de los siguientes actos, omisiones, eventos, sucesos o condiciones:

- (1) La persona asegurada bucea sin estar en posesión de un certificado reconocido emitido por un Organismo de Buceo Autorizado para el tipo de buceo que se realiza, o no lo hace bajo instrucción profesional.
- (2) Bucear sin un equipo adecuado y en buen estado de funcionamiento y/o en contra de las directrices, códigos de buenas prácticas y/o recomendaciones establecidas por el Organismo de Buceo Autorizado bajo el cual la persona asegurada ha sido certificada.
- (3) Inmersión a profundidades superiores a cuarenta (40) metros, o inmersiones que requieran paradas de descompresión.
- (4) Buceo en solitario.
- (5) Cualquier forma de buceo en cuevas.
- (6) Volar en las veinticuatro (24) horas siguientes a la última inmersión o bucear en las diez (10) horas siguientes al vuelo.
- (7) Buceo por cuenta ajena, recompensa o Tesoro.
- (8) Bucear mientras se padece un resfriado, gripe o cualquier otra condición, enfermedad o lesión que provoque una obstrucción de los senos nasales o de los oídos, o bucear mientras se está médicamente incapacitado para bucear.
- (9) Inmersión de una persona asegurada menor de doce (12) años o mayor de sesenta y cinco (65) años.
- (10) Lesiones o enfermedades autoinfligidas intencionadamente, los efectos del alcohol o las drogas (que no sean las prescritas por un médico autorizado con pleno conocimiento de las actividades subacuáticas de la persona asegurada) y cualquier autoexposición a un peligro innecesario (a menos que se trate de un intento de salvar vidas humanas).
- (11) Cualquier afección por la que la persona asegurada estuviera sometida, se recuperara o estuviera en espera de tratamiento inmediatamente antes de las actividades subacuáticas.
- (12) Bucear con aparatos de respiración artificial u otros aparatos subacuáticos que contengan cualquier gas que no sea aire comprimido.

Es una condición previa a la responsabilidad de la Compañía en virtud de este seguro que cualquier posible buceador que solicite la cobertura de este seguro sea médicamente apto para bucear. En caso de duda, la persona asegurada deberá abstenerse de participar en el buceo deportivo hasta que haya obtenido el asesoramiento y la aprobación médica de un médico cualificado.

- R. REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES:** En caso de fallecimiento de la persona asegurada durante el periodo de cobertura como consecuencia de una enfermedad o lesión cubierta por este seguro mientras la persona asegurada se encuentra fuera de su país de origen, la Compañía reembolsará al representante personal autorizado o al patrimonio de la persona asegurada hasta la cantidad indicada en el RESUMEN DE BENEFICIOS por los costes y gastos incurridos para devolver los restos mortales de la persona asegurada a su país de origen y posteriormente al lugar de inhumación u otra disposición final (pero sin incluir los costes de inhumación u otra disposición), siempre que la Compañía apruebe previamente todos los costes y gastos relacionados con la devolución de los restos mortales de la persona asegurada como condición para la disponibilidad de esta prestación, o hasta el importe indicado en el RESUMEN DE BENEFICIOS para la preparación, inhumación local o cremación de los restos mortales de la persona asegurada en el lugar del fallecimiento, de acuerdo con las creencias culturales y religiosas comúnmente aceptadas y practicadas por la persona asegurada. No se cubren los gastos de inhumación e incineración de los oficiantes religiosos, las flores, la música, la comida o las bebidas.
- S. PRESTACIÓN COMPLEMENTARIA POR ACCIDENTE:** En caso de Accidente que dé lugar a prestaciones cubiertas por las Términos de este seguro, como prestación complementaria, la Compañía también reembolsará a la Persona Asegurada hasta el importe indicado en el RESUMEN DE BENEFICIOS, lo relacionado con el Tratamiento de una Lesión resultante de dicho Accidente, antes de aplicar cualquier Deducible.
- T. TRANSPLANTES:** Sujeto a los Términos de este seguro, al plan de seguro mostrado en la Declaración, y a las condiciones y restricciones establecidas a continuación, la Compañía reembolsará a la Persona asegurada hasta la cantidad mostrada en el RESUMEN DE BENEFICIOS por los siguientes costes, Cargos y gastos incurridos por la Persona asegurada con respecto a un Transplante cubierto obtenido o recibido por la Persona asegurada mientras este Certificado esté vigente, siempre y cuando dichos costes, Cargos o gastos sean Usuales, Razonables y Acostumbrados:
- (1) Los Gastos Médicos Elegibles incurridos por un donante vivo serán tratados como si fueran los gastos de la Persona asegurada que recibe un Trasplante Cubierto si la Persona asegurada recibió un órgano o tejido del donante vivo.
 - (2) Los gastos de obtención y recogida de órganos, incluyendo la preparación del donante, excluyendo la adquisición o compra del órgano o tejido real, hasta la cantidad indicada en el RESUMEN DE BENEFICIOS.

- (3) Los gastos incurridos por la evaluación previa al trasplante, el procedimiento de Trasplante Cubierto, el re-trasplante (si se incurre en él durante el ingreso inicial en el Hospital para el Trasplante Cubierto) y la atención posterior al trasplante.
- (4) los gastos razonables de viaje y alojamiento de la persona asegurada si es necesario viajar más de cincuenta (50) millas para recibir el tratamiento de trasplante cubierto y los suministros de un proveedor de la red del sistema de gestión de trasplantes, hasta la cantidad indicada en el RESUMEN DE BENEFICIOS.

Precertificación para trasplantes: Para ser elegible para los beneficios de Trasplante bajo este seguro, el Trasplante debe ser un Trasplante Cubierto. La persona asegurada debe recibir todo el Tratamiento de Trasplante Cubierto y los suministros de un proveedor de la red de trasplantes independiente ("Red del Sistema de gestión de Trasplantes") aprobado por la Compañía a través del Administrador del Plan y el Trasplante Cubierto debe ser precertificado por la Compañía de acuerdo con los Términos de este seguro. Si la Persona asegurada recibe el Tratamiento de trasplante cubierto y los suministros de un proveedor que no es miembro aprobado de la Red del Sistema de gestión de Trasplantes independiente de la Compañía, o si el trasplante no es un trasplante cubierto o no está debidamente precertificado, no habrá beneficios de trasplante disponibles bajo este seguro. Ni la Compañía ni el Administrador del Plan tendrán derecho, obligación o autoridad de ningún tipo para seleccionar en última instancia a los Médicos, Hospitales u otros proveedores de atención médica para la Persona asegurada o para tomar cualquier decisión de Tratamiento médico para o en nombre de la Persona asegurada con respecto a los trasplantes, y todas esas decisiones serán tomadas única y exclusivamente por la Persona asegurada y/o sus familiares, Médicos tratantes y otros proveedores de atención médica. Todas las reclamaciones de prestaciones por trasplante están sujetas a las Condiciones de este seguro y al plan de seguro que se muestra en el RESUMEN DE BENEFICIOS.

U. EXCLUSIONES: Salvo lo expresamente previsto en el RESUMEN DE BENEFICIOS, quedan expresamente excluidos de la cobertura de este seguro todos los Cargos, costes, gastos y/o reclamaciones en que incurra la Persona asegurada, y que directa o indirectamente se relacionen o surjan o resulten de o en relación con cualquiera de los siguientes actos, omisiones, eventos, condiciones, Cargos, consecuencias, reclamaciones, Tratamientos (incluyendo diagnósticos, consultas, pruebas, exámenes y evaluaciones relacionadas con los mismos), servicios y/o suministros, y la Compañía no otorgará ningún beneficio o reembolso y no tendrá ninguna responsabilidad u obligación por cualquier cobertura de los mismos o por ellos:

(1) **SANCIONES ECONÓMICAS:** Cargos incurridos en virtud de este Certificado de Seguro que harían que la Compañía quedara expuesta a cualquier sanción, prohibición o restricción en virtud de las resoluciones de las Naciones Unidas o de las sanciones comerciales o económicas, leyes o reglamentos de la Unión Europea, el Reino Unido o los Estados Unidos de América.

(2) **GUERRA; ACCIÓN MILITAR:** La Compañía no será responsable y no proporcionará cobertura o beneficios por ninguna reclamación o cargos incurridos con respecto a cualquier Enfermedad, Lesión u otra consecuencia, ya sea directa o indirectamente, próxima o remotamente ocasionada por, contribuida por, o rastreada a, surgida o incurrida en conexión con o como resultado de cualquiera de los siguientes actos o sucesos:

- (a) guerra, invasión, acto de hostilidades enemigas extranjeras, operaciones bélicas (se haya declarado la guerra o no), o guerra civil,
- (b) amotinamiento, motín, huelga, levantamiento militar o popular, insurrección, rebelión, revolución, el poder militar o la usurpación del poder,
- (c) cualquier acto de cualquier persona que actúe en nombre o en conexión con cualquier organización con actividades dirigidas al derrocamiento por la fuerza del Gobierno de jure o de facto o a influir en él mediante violencia de cualquier tipo,
- (d) la ley marcial o el estado de sitio o los acontecimientos o causas que determinan la proclamación o el mantenimiento de la ley marcial o el estado de sitio,
- (e) cualquier uso de armas radiológicas, químicas, nucleares o biológicas o cualquier otro evento radiológico, químico, nuclear o biológico de cualquier tipo (incluso en relación con un acto de terrorismo).

Cualquier reclamación, cargo, enfermedad, lesión u otra consecuencia que ocurra o surja durante la existencia de condiciones anormales (ya sean físicas o de otro tipo), ya sea o no directa o indirectamente, próxima o remotamente ocasionada por, o contribuida por, rastreada a, o que surja en conexión con, cualquiera de dichos sucesos se entenderán y se considerarán como consecuencias por las que la Compañía no será responsable en virtud de la Póliza Master o de este Certificado, excepto en la medida en que la persona asegurada pruebe que dicha reclamación, cargos, enfermedad, lesión u otra consecuencia ocurrió independientemente de la existencia de dichas condiciones y/o sucesos anormales.

(3) **TERRORISMO:** La Compañía no será responsable ni proporcionará cobertura o beneficios por ninguna reclamación o cargos, enfermedad, lesión u otra consecuencia, ya sea directa o indirectamente, próxima o remotamente ocasionada por, contribuida por, o rastreada a, o que surja en relación con cualquier acto de Terrorismo. Además, la Compañía no será responsable y no proporcionará ninguna cobertura o beneficio por ninguna reclamación, cargo, enfermedad, lesión u otra consecuencia, ya sea directa o indirectamente, próxima o remotamente ocasionada por, contribuida por, o rastreada a, o que surja en relación con lo siguiente:

- (a) La planificación, coordinación o participación activa y voluntaria de la persona asegurada en cualquier acto de

terrorismo.

- (b) cualquier acto de terrorismo que se produzca en un lugar, puesto, zona, territorio o país para el que se haya emitido o esté en vigor una Advertencia de Viaje o una Advertencia de Viaje de Emergencia en o dentro de los seis (6) meses anteriores a la fecha de llegada de la persona asegurada a dicho lugar, puesto, zona, territorio o país.
- (c) cualquier acto de Terrorismo que se produzca en un lugar, puesto, área, territorio o país para el cual se haga efectiva o esté en vigor una Advertencia de Viaje o una Advertencia de Viaje de Emergencia en o después de la fecha de llegada de la Persona asegurada a dicho lugar, puesto, área, territorio o país, y la Persona asegurada injustificadamente no haga caso o se niega a hacer caso a dicha advertencia y permanece posteriormente en dicho lugar, puesto, área, territorio o país.

(4) CONDICIONES PREEXISTENTES: La Compañía no pagará el tratamiento de una enfermedad preexistente:

- (a) que no se haya declarado en la solicitud de la persona asegurada,
- (b) que sea objeto de una exclusión especial prevista en una cláusula adicional del certificado de seguro.

(5) ENFERMEDAD O CIRUGÍA EN UN PLAZO DE 180 DÍAS: Cargos por el tratamiento de las siguientes enfermedades o cirugías que se manifiesten y/o impliquen procedimientos que tengan lugar y/o se recomienden durante los primeros ciento ochenta (180) días de cobertura de este plan de seguro, a partir de la fecha de entrada en vigor inicial: acné, asma, alergias, cualquier afección del pecho, cualquier afección de la próstata, amigdalectomía, adenoidectomía, hemorroides o hemorroidectomía, trastornos del aparato reproductor, diverticulitis, histerectomía, hernia, enfermedad del disco intervertebral, enfermedad de la vesícula biliar o cálculos biliares y cálculos renales. Nota: la cobertura y/o las prestaciones para estas enfermedades o cirugías (o para enfermedades o cirugías similares o diferentes) pueden estar limitadas por separado o de forma adicional.

(6) ATENCIÓN A LA MATERNIDAD Y AL RECIÉN NACIDO: Quedan excluidos de este seguro los gastos derivados de la atención prenatal, el parto, la atención postnatal y el cuidado de los recién nacidos, incluidas las complicaciones del embarazo, el aborto espontáneo, las complicaciones del parto y/o de los recién nacidos.

(7) TRASTORNOS MENTALES O NERVIOSOS: Los gastos por Tratamiento de Trastornos Mentales o Nerviosos están excluidos de la cobertura de este seguro hasta que la persona asegurada haya mantenido la cobertura de este plan de seguro de forma continuada durante el número de meses indicado en el RESUMEN DE BENEFICIOS

(8) Los gastos por cualquier tratamiento o suministro que sean:

- (a) no incurridos, obtenidos o recibidos por una persona asegurada durante el período de cobertura,
- (b) no se presenten a la Compañía para su pago mediante una Prueba de Reclamación cumplimentada dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha en que se produzcan dichos Cargos,
- (c) que no sean administrados u ordenados por un médico,
- (d) no sean Medicamento Necesarios para el diagnóstico, cuidado o Tratamiento de la condición física o mental implicada. Esto también se aplica en caso de que sean prescritos, recomendados o aprobados por el médico tratante,
- (e) proporcionada sin coste alguno para la persona asegurada o de la que ésta no es responsable de ningún otro modo,
- (f) en exceso de lo usual, razonable y acostumbrado,
- (g) incurridos por una persona asegurada que era VIH + en la fecha de entrada en vigor inicial de este seguro o antes, independientemente de que la persona asegurada tuviera o no conocimiento de su estado de VIH antes de la fecha de entrada en vigor, y de que los gastos sean o no incurridos en relación con dicho estado o como resultado del mismo. Esta exclusión incluye los gastos por cualquier tratamiento o suministro relacionado con el VIH, el virus del SIDA, la enfermedad relacionada con el SIDA, el síndrome ARC, el SIDA y/o cualquier otra enfermedad que surja o resulte de cualquier complicación o consecuencia de cualquiera de las condiciones anteriores,
- (h) proporcionado por un quiropráctico, o bajo su dirección o recomendación, a menos que sea ordenado previamente por un médico,
- (i) realizados o prestados por un pariente de la persona asegurada,
- (j) no incluidos expresamente en la cláusula de GASTOS MÉDICOS ELEGIBLES,
- (k) proporcionada por una persona que resida o haya residido con la persona asegurada o en su domicilio,
- (l) requeridos o recomendados como resultado de complicaciones o consecuencias derivadas o relacionadas con cualquier Tratamiento, Enfermedad, Lesión o suministro recibido antes de la cobertura de este seguro o que esté excluido de la cobertura o que de otro modo no esté cubierto por este seguro,
- (m) para los Trastornos Congénitos y las afecciones derivadas de los mismos.

(9) Los servicios de telemedicina o telemedicina que no se consideren médicamente necesarios según lo determine la Compañía en el marco del plan.

(10) Cargos por no acudir a una cita programada.

- (11)** Gastos por cirugías, tratamientos o suministros que sean de investigación, experimentales y con fines de investigación.
- (12)** Gastos relacionados con la medicina genética.
- (13)** Gastos relacionados con Medicamentos Huérfanos o Medicamentos Biológicos, excepto los previstos en la disposición GASTOS MÉDICOS ELEGIBLES.
- (14)** Los gastos ocasionados por las pruebas que intentan medir aspectos de la capacidad mental, la inteligencia, la aptitud, la personalidad y la gestión del estrés de la persona asegurada. Dichas pruebas pueden incluir, entre otras, pruebas psicométricas, de comportamiento y educativas.
- (15)** Gastos de custodia.
- (16)** Los gastos incurridos por la atención educativa o de rehabilitación que se relaciona específicamente con la formación o el reentrenamiento de una persona asegurada para que funcione de manera normal o casi normal. Dichos cuidados pueden incluir, entre otros, la formación laboral o profesional, el asesoramiento, la terapia ocupacional y la logopedia.
- (17)** Cargos por modificación de peso o cualquier tratamiento hospitalario, ambulatorio, quirúrgico o de otro tipo de la obesidad (incluyendo, sin limitación, la obesidad mórbida), incluyendo, sin limitación, el alambrado de los dientes y todas las formas o procedimientos de cirugía bariátrica, cualquiera que sea el nombre que se le dé, o la reversión del mismo, incluyendo, sin limitación, el bypass intestinal, el bypass gástrico, la banda gástrica, la gastroplastia vertical con banda, la derivación biliopancreática, el cambio duodenal o la reducción o grapado del estómago.
- (18)** Gastos de modificación del cuerpo humano para cambiar o mejorar o intentar cambiar o mejorar el aspecto físico o el bienestar psicológico, mental o emocional de la persona asegurada (como, por ejemplo, pero sin limitarse a, la cirugía de cambio de sexo o a la cirugía relacionada con el rendimiento sexual o su mejora).
- (19)** Cargos o Tratamientos por razones cosméticas o estéticas, excepto la Cirugía reconstructiva cuando dicha Cirugía sea Médicamente Necesaria y esté directamente relacionada con, y/o sea posterior a, una Cirugía que haya sido cubierta por este seguro.
- (20)** Los gastos incurridos por cualquier Tratamiento o suministro que promueva o prevenga o intente promover o prevenir la concepción, la inseminación (natural o no) o el nacimiento, incluyendo pero no limitándose a: inseminación artificial; anticonceptivos orales; Tratamiento para la infertilidad o impotencia; vasectomía; reversión de la vasectomía; esterilización; reversión de la esterilización; subrogación o aborto.
- (21)** Los gastos incurridos por cualquier Tratamiento o suministro que promueva, mejore o corrija o intente promover, mejorar o corregir la impotencia o la disfunción sexual.
- (22)** cualquier enfermedad o lesión sufrida durante la participación, la práctica o el entrenamiento de: Deporte amateur, Deporte profesional o actividades deportivas patrocinadas por cualquier organismo o autoridad de gobierno, incluyendo pero sin limitarse a la National Collegiate Athletic Association, cualquier otro organismo de gobierno o regulador universitario o el Comité Olímpico Internacional.
- (23)** cualquier enfermedad o lesión sufrida durante la participación en actividades designadas como Deportes de Aventura, que se limitan a las siguientes: rappel, BMX, trineo, puenting, barranquismo, espeleología, globo aerostático, tirolina en la selva, paracaidismo, parapente, paravelismo, rappel, salto en paracaídas, espeleología, safaris de vida salvaje y windsurf.
- (24)** cualquier Enfermedad o Lesión sufrida durante la participación en actividades designadas como Deportes Extremos, que incluyen pero no se limitan a lo siguiente (e incluyen cualquier combinación o derivado de lo siguiente): Salto BASE; buceo en cuevas; buceo en acantilados; ciclismo de montaña y carreras de descenso; esquí extremo; apnea; vuelo libre; carrera acrobática; esquí acrobático; scooter acrobático; ala delta; heliesquí; piragüismo en hielo; escalada en hielo; artes marciales mixtas; motocross; carreras de motocicletas; rally de coches; alpinismo por encima de una altura de 4500 metros desde el nivel del suelo; parkour; pilotaje de aeronaves comerciales o no comerciales; zancos saltadores; buceo o actividades subacuáticas por debajo de una profundidad de 40 metros; carreras de motos de nieve; carreras de camiones; kayak de aguas bravas o rafting de aguas bravas de clase VI y dificultad superior; y vuelo con traje de alas.
- (25)** cualquier enfermedad o lesión sufrida durante la práctica de esquí de montaña, snowboard o motos de nieve, cuando la persona asegurada infrinja las leyes, normas o reglamentos aplicables de una estación de esquí, fuera de los límites o en zonas no señalizadas o no patrulladas.
- (26)** cualquier enfermedad o lesión sufrida durante la práctica del esquí de travesía.
- (27)** cualquier enfermedad o lesión sufrida durante la práctica del esquí fuera de pista.
- (28)** cualquier enfermedad o lesión sufrida durante la participación en actividades deportivas o recreativas en las que la persona asegurada no esté física o médicamente capacitada o no tenga la cualificación necesarias para participar en dichas actividades
- (29)** cualquier enfermedad o lesión sufrida durante la participación en los deportes de contacto.
- (30)** cualquier enfermedad o lesión sufrida durante la participación en cualquier actividad deportiva, recreativa o de aventura cuando dicha actividad se realice en contra del consejo o la dirección de cualquier autoridad local o de cualquier instructor cualificado o en contra de las normas, recomendaciones y procedimientos de un organismo rector reconocido para el deporte o la actividad.

- (31) cualquier enfermedad o lesión sufrida durante la participación en cualquier actividad en la que dicha actividad se lleve a cabo haciendo caso omiso o en contra de las recomendaciones, los programas de tratamiento o los consejos médicos de un médico u otro proveedor de asistencia sanitaria.
- (32) cualquier Lesión o Enfermedad sufrida como resultado de estar bajo la influencia o debida total o parcialmente a los efectos del alcohol, licor, sustancia intoxicante, narcóticos o drogas que no sean medicamentos tomados de acuerdo con el Tratamiento prescrito y dirigido por un Médico pero no para el Tratamiento de Abuso de Sustancias.
- (33) cualquier lesión o enfermedad sufrida mientras se conduce un vehículo en movimiento después de haber consumido bebidas alcohólicas o drogas que superen el límite legal de alcohol en sangre aplicable, que no sean medicamentos tomados de acuerdo con el tratamiento prescrito y dirigido por un médico. A efectos de esta exclusión, el término "vehículo" incluye los dispositivos motorizados, independientemente de que se requiera o no un permiso de conducir u operador (incluidas las embarcaciones y las aeronaves), así como las bicicletas y los scooters no motorizados para los que no se requiere ningún permiso o licencia.
- (34) cualquier lesión o enfermedad autoinfligida voluntariamente.
- (35) cualquier enfermedad de transmisión sexual o venérea.
- (36) cualquier prueba para lo siguiente cuando no sea médicamente necesaria: VIH, seropositividad al virus del SIDA, Enfermedades relacionadas con el SIDA, Síndrome ARC, SIDA.
- (37) cualquier enfermedad o lesión que resulte o se produzca durante la comisión de una infracción de la ley por parte de la persona asegurada, incluyendo, sin limitación, el ejercicio de una ocupación o acto ilegal, pero excluyendo las infracciones de tráfico menores.
- (38) cualquier abuso de sustancias.
- (39) biorretroalimentación, terapia recreativa, del sueño o musical.
- (40) ortóptica, terapia visual o entrenamiento visual del ojo.
- (41) cualquier Enfermedad o Tratamiento no quirúrgico de los pies, incluyendo sin limitación: zapatos ortopédicos; dispositivos ortopédicos recetados para ser fijados o colocados en los zapatos; Tratamiento de pies débiles, tensos, planos, inestables o desequilibrados; metatarsalgia, espolones óseos, dedos en martillo o juanetes; y cualquier Tratamiento o suministros para callos, durezas o uñas de los pies; salvo que se establezca expresamente lo contrario.
- (42) la pérdida de cabello, incluyendo sin limitación pelucas, trasplantes de cabello o cualquier medicamento que prometa potenciar el crecimiento del cabello, sea o no prescrito por un médico
- (43) cualquier trastorno del sueño, incluyendo sin limitación la apnea del sueño.
- (44) cualquier programa o equipo de ejercicio y/o de acondicionamiento físico, sea o no prescrito o recomendado por un médico.
- (45) Cualquier exposición a cualquier radiación nuclear o atómica no médica, y/o material(es) radiactivo(s).
- (46) cualquier órgano o tejido u otros servicios, tratamientos o suministros relacionados con el trasplante, salvo que se establezca expresamente lo contrario.
- (47) cualquier dispositivo artificial o mecánico destinado a sustituir los órganos humanos de forma temporal o permanente tras el cese de la condición de paciente interno.
- (48) los gastos de trasplante incurridos fuera de la Red del Sistema de gestión de Trasplantes independiente aprobada por la Compañía.
- (49) cualquier esfuerzo por mantener vivo a un donante para un procedimiento de trasplante.
- (50) cualquier Transplante Cubierto en exceso de uno (1) durante cualquier Período de Cobertura de doce (12) meses bajo este plan de seguro, excepto los Cargos de re-transplante si se incurren durante la Hospitalización inicial de Transplante Cubierto.
- (51) cualquier enfermedad o lesión sufrida en el país anfitrión, en la zona afectada o en el país de origen como consecuencia de una emergencia de salud pública de alcance internacional, una epidemia, una pandemia, un brote de otra enfermedad o una catástrofe natural, que pueda afectar a la salud de la persona asegurada, a menos que la cobertura esté expresamente prevista en la cláusula de EMERGENCIA DE SALUD PÚBLICA de este seguro.
- Esta exclusión NO se aplica a los cargos resultantes de COVID-19/SARS-CoV-2.
- (52) Los gastos ocasionados por gafas, lentes de contacto, audífonos o implantes auditivos y los gastos por cualquier tratamiento, suministro, examen o adaptación relacionados con estos dispositivos, o por refracción ocular por cualquier motivo.
- (53) Los gastos ocasionados por la cirugía ocular, como la queratotomía radial, pero sin limitarse a ella, cuando el objetivo principal es corregir o intentar corregir la miopía, la hipermetropía o el astigmatismo.
- (54) Cargos incurridos por el tratamiento o los suministros para la articulación temporomandibular (ATM), incluyendo pero no limitado al síndrome de la ATM, el síndrome craneomandibular, el dolor crónico de la ATM, la cirugía ortognática, la cirugía

de Le-Fort o las férulas.

- (55) Gastos incurridos por la persona asegurada para el tratamiento de sus recién nacidos (o para los suministros relacionados con el mismo).
- (56) Los gastos ocasionados por cualquier vacuna y/o examen físico de rutina, salvo que se disponga expresamente lo contrario en el presente documento.
- (57) Los gastos ocasionados por cualquier viaje, comida, transporte y/o alojamiento, salvo que se disponga expresamente lo contrario en este seguro.
- (58) Salvo que se estipule expresamente lo contrario en este seguro, los cargos o gastos incurridos por fármacos, medicamentos, vitaminas, extractos de alimentos o suplementos nutricionales de venta libre; terapia de vitaminas o hierbas por vía intravenosa; fármacos o medicamentos no aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE.UU. (FDA) o que se consideren uso de fármacos "fuera de prospecto"; y por fármacos o medicamentos no recetados por un médico.
- (59) cualquier tratamiento de una enfermedad o lesión que requiera un producto médico, servicios, cirugía, procedimiento quirúrgico, medicamento recetado, fármaco, producto biológico, equipo médico duradero (DME) o dispositivo no aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
- (60) Los gastos incurridos en un hospital o centro cuando la persona asegurada se da de alta en contra del consejo de su médico y se va antes de alcanzar un punto final de tratamiento médicamente necesario.
- (61) Los gastos incurridos por el empeoramiento de una enfermedad o lesión después de que la persona asegurada haya salido de un hospital o centro en contra del consejo médico o haya sido dada de alta en contra del consejo médico.
- (62) Gastos de tratamiento odontológico, excepto los previstos específicamente en el presente documento.
- (63) Desgaste de los dientes debido a las caries y al hecho de masticar o morder objetos duros, como, por ejemplo, lápices, cubitos de hielo, frutos secos, palomitas de maíz y caramelos duros.
- (64) Lesión dental sin lesión asociada en la cara, el cráneo, el cuello y/o las mandíbulas o que pueda ser evaluada y tratada en una consulta dental.
- (65) Tratamiento odontológico para servicios de mantenimiento de la salud bucodental, incluida la reparación de dientes mediante empastes, endodoncias, extracción de dientes y radiografías.

V. **DEFINICIONES:** Algunas palabras y frases utilizadas en este Certificado se definen a continuación. Otras palabras y frases pueden definirse en otras partes de este Certificado, incluso donde se utilizan por primera vez.

Accidente: Un suceso inesperado causado directamente por medios externos y visibles y que produzca un daño físico a la persona asegurada.

Deportes de Aventura: Actividades emprendidas con fines recreativos, una experiencia inusual o de emoción. Estas actividades suelen realizarse al aire libre y conllevan un grado de riesgo medio.

Zona(s) afectada(s): Todos y cada uno de los países, estados, provincias, territorios, ciudades u otras áreas que estén experimentando la transmisión de una Epidemia, Pandemia u otro brote de enfermedad, o Desastre Natural.

Declaración jurada de elegibilidad: El formulario debidamente cumplimentado que se entrega a la Compañía y que certifica que un solicitante es elegible para ser cubierto por este plan de seguro porque no cumple con los requisitos de ciudadanía y/o residencia de otras compañías de seguros en la zona donde reside.

Contra el consejo médico; alta contra el consejo médico: Contra el consejo médico, o AMA, a veces conocido como DAMA, alta contra el consejo médico, es un término que se utiliza con un paciente que se da de alta de un hospital en contra del consejo de su médico tratante.

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, según la definición del Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos.

Deporte amateur: Una actividad deportiva, recreativa o atlética amateur o no profesional que esté organizada, patrocinada y/o regulada, y/o que implique prácticas, juegos y/o competiciones regulares o programadas. El deporte amateur no incluye las actividades deportivas no organizadas, sin contacto, y realizadas por la persona asegurada únicamente con fines recreativos, de entretenimiento o de acondicionamiento físico.

Servicios auxiliares: Todos los servicios hospitalarios para un paciente que no sean el alojamiento y la comida y los servicios profesionales. Las pruebas de laboratorio y la radiología son ejemplos de servicios auxiliares.

Solicitud: El formulario denominado "Solicitud", completamente contestado y firmado, presentado por o en nombre de la persona asegurada para la aceptación, renovación de la cobertura o reinstalación en este plan de seguro. La Solicitud se incorporará y formará parte de la Póliza Master y de este Certificado y del contrato de seguro. Cualquier agente/corredor de seguros u otra persona o entidad asignada, que solicite o ayude con la Solicitud, es el representante del solicitante/persona asegurada y no es ni será considerado como un agente o representante para o en nombre de la Compañía o el Administrador del Plan.

ARC: Complejo relacionado con el SIDA, según la definición de los Centros de Control de Enfermedades de los Estados Unidos.

Asegurado: The Global Medical Services Group Insurance Trust, c/o Mutual Wealth Management Group, Carmel, IN.

Autorización para la divulgación de información médica: Una autorización por escrito de la persona asegurada para que los proveedores de servicios de salud divulguen los registros médicos y la información relativa a su tratamiento anterior y actual.

Medicamentos biológicos: Tratamientos farmacológicos cuando dichos tratamientos sean designados por la U.S. Food and Drug Administration (FDA) como Medicamentos Biológicos, todo ello según lo dispuesto en particular en el Libro Púrpura de productos biológicos autorizados (aprobados) por la FDA y regulados por el Centro de Evaluación e Investigación de Medicamentos (CDER), incluidos los productos biosimilares e intercambiables autorizados, y sus productos de referencia, y los productos alergénicos, de terapia celular y génica, hematológicos y vacunas autorizados por la FDA y regulados por el Centro de Evaluación e Investigación de Productos Biológicos (CBER), cuya versión más actualizada se encuentra en <https://purplebooksearch.fda.gov/downloads>, en su versión modificada de vez en cuando (y disponible para la persona asegurada si lo solicita).

Certificado: Certificado de seguro: Este documento emitido a la persona asegurada, que describe y proporciona un resumen y evidencia de las coberturas y beneficios elegibles pagaderos a, o para el beneficio de, la persona asegurada bajo el contrato de seguro, que incluye la póliza Master, la Solicitud, la Declaración y cualquier Cláusula Adicional.

Gastos: Cualquier coste, tasa o impuesto derivado por Gastos Médicos Elegibles incurridos en el tratamiento de una Lesión o Enfermedad.

Niño; Niños: La persona asegurada que tiene al menos catorce (14) días pero menos de diecinueve (19) años de edad.

Clase V: Una sección de un río, arroyo u otra vía fluvial o curso de agua en la que la corriente se mueve con suficiente velocidad o fuerza para cumplir, pero sin exceder, las calificaciones de la Clase V según lo determinado por la Escala Internacional de Dificultad Fluvial o según lo publicado comúnmente por una autoridad local o agencia gubernamental.

Coaseguro: El pago por o las obligaciones de la persona asegurada para el pago de los Gastos Médicos Elegibles en el porcentaje especificado en el RESUMEN DE BENEFICIOS contenido en este documento y sin incluir cualquier Deducible aplicable.

Deporte de contacto: Deporte en el que los participantes se golpean o chocan intencionadamente entre sí o contra objetos inanimados, incluido el suelo, con gran fuerza y que se limita a los siguientes: Fútbol americano (u otro estilo similar), boxeo, hockey sobre hielo, lacrosse, artes marciales de contacto total, rodeo, rugby y lucha libre.

Compañía: La Compañía, tal y como se menciona en la Póliza Master y en este Certificado, es Sirius Specialty Insurance Corporation (publ), con sede en 140 Broadway, 32nd Floor, Nueva York, Nueva York 10005. Este seguro y sus riesgos son suscritos por la Compañía en calidad de aseguradora y suscriptora, y la Compañía es la única obligada y responsable de la cobertura y las prestaciones proporcionadas por este seguro.

Trastorno congénito: Cualquier anomalía, deformidad, enfermedad, dolencia, lesión o condición médica presente al nacer, ya sea diagnosticada o no.

Convalecencia: Tratamiento, servicios y suministros proporcionados para ayudar a la recuperación de un paciente para alcanzar un grado de funcionamiento corporal que permita el autocuidado en las actividades diarias esenciales.

Transplante cubierto: Un trasplante de córnea, corazón, corazón/pulmón, pulmón, riñón, riñón/páncreas, hígado y médula ósea alogénica o autóloga.

Cobertura acreditable: Cobertura acreditable significa:

- (a) En el caso de los ciudadanos estadounidenses y los residentes en Estados Unidos, una prueba de buena fe de al menos seis (6) meses de cobertura médica no interrumpida por una suspensión significativa de la cobertura en virtud de cualquiera de los siguientes: un plan de salud de grupo proporcionado por un empleador estadounidense o un emisor de seguros de salud; un seguro médico individual principal proporcionado por un emisor de seguros de salud; Medi-Share; un seguro de salud integral para estudiantes; Medicare; Medicaid; CHAMPUS y TRICARE; el Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales; el Servicio de Salud Indio; el programa de seguros del Cuerpo de Paz; otro Plan de Salud Pública (cualquier plan de salud integral establecido o mantenido por un Estado o por el gobierno de EE.UU.); el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP); o un fondo común de alto riesgo de seguro médico estatal.
- (b) En el caso de los ciudadanos no estadounidenses que no sean residentes en los Estados Unidos, se considerará caso por caso y se aceptará a discreción de la Compañía, una prueba de buena fe de al menos seis (6) meses de cobertura sanitaria no interrumpida por una suspensión significativa de la misma bajo cualquiera de los siguientes supuestos: cualquiera de las coberturas enumeradas en el apartado (a) anterior; un plan de salud grupal proporcionado por un empleador o una aseguradora de salud; un seguro de salud individual de gastos médicos mayores proporcionado por una aseguradora de salud; un Plan de Salud Pública integral establecido y mantenido por un país extranjero; u otra cobertura de seguro mantenida por la Persona asegurada y aceptada como Cobertura Acreditable por la Compañía a su entera discreción.

Por lo general, se produce una interrupción significativa de la cobertura cuando una persona no tiene cobertura sanitaria durante sesenta y tres (63) días o más.

La Cobertura Acreditable no incluye coberturas no médicas ni coberturas que consistan únicamente en "prestaciones limitadas" o "prestaciones exceptuadas" como (sin limitación) la cobertura únicamente de prestaciones médicas de alcance limitado, dentales, oftalmológicas, de enfermedades específicas, catastróficas o de compensación laboral. Los días del periodo de espera durante los cuales un individuo no tiene ninguna otra cobertura no se consideran Cobertura Acreditable, ni se tienen en cuenta estos días para determinar si existe una interrupción significativa de la cobertura. Cualquier cobertura sanitaria que un individuo tuviera antes de una interrupción significativa de la cobertura no se tiene en cuenta para la Cobertura Acreditable.

Cuidados de custodia: Aquellos tipos de tratamiento, atención o servicios, dondequiera que se proporcionen y con cualquier nombre, que están diseñados principalmente para ayudar a un individuo en las actividades de la vida diaria.

Declaración: La Declaración de Seguro emitida por el Administrador del Plan para y en nombre de la Compañía a la Persona asegurada contemporáneamente con este Certificado (y/o en el momento de la renovación o el restablecimiento del mismo) que demuestra la cobertura de seguro de la Persona asegurada en virtud de la Póliza Master tal y como se demuestra en este Certificado.

Deducible: La cantidad en dólares, seleccionada en la Solicitud y especificada en la Declaración, que la persona asegurada debe pagar de GASTOS MÉDICOS ELEGIBLES por Período de Cobertura antes de recibir los beneficios o la cobertura de este seguro, y sin incluir ningún Coaseguro aplicable.

Proveedor dental; Dentista: Una persona debidamente autorizada para ejercer la odontología en el estado o país en el que se presta el servicio dental.

Tratamiento Dental: Tratamiento o suministros relacionados con el cuidado, el mantenimiento o la reparación de los dientes, las encías o los huesos que sostienen los dientes, incluidas las prótesis dentales y la preparación para las mismas.

Discapacitado: Una persona que tiene un defecto mental o físico congénito o adquirido que interfiere con el funcionamiento normal del sistema corporal o la capacidad de ser autosuficiente.

Equipo médico duradero (DME): Equipo que cumple los siguientes criterios: prescrito por un médico; proporciona beneficios terapéuticos o permite a las personas realizar ciertas tareas que no pueden llevar a cabo de otra manera debido a ciertas condiciones médicas o enfermedades; puede soportar el uso repetido; se utiliza principalmente y habitualmente para servir a un propósito médico; generalmente no es útil para una persona en ausencia de una enfermedad o lesión; y es apropiado para su uso en el hogar, pero puede ser transportado a otros lugares para permitir que el individuo complete las actividades intrínsecas de la vida diaria, que son funciones más complejas necesarias para la vida independiente.

Atención educativa o de rehabilitación: Cuidados para restablecer (mediante educación o entrenamineto) la capacidad de una persona para funcionar de manera normal o casi normal después de una enfermedad o lesión. Este tipo de atención incluye, entre otros, la formación laboral, el asesoramiento, la terapia profesional u ocupacional y la logopedia.

Fecha de efecto; fecha de efecto de la cobertura: La fecha de inicio de la cobertura de la persona asegurada según los términos de la Póliza Master, tal y como consta en este Certificado, tal y como se indica en la Declaración.

Emergencia: Una condición médica que se manifiesta por signos o síntomas agudos que podrían razonablemente poner en peligro la vida o la integridad física de la persona asegurada si no se le proporciona atención médica en un plazo de veinticuatro (24) horas, basándose en una certeza médica razonable. Se requiere una intervención y atención médica inmediata como resultado de una condición severa, que ponga en peligro la vida o sea potencialmente incapacitante.

Evacuación médica de emergencia: El transporte de urgencia desde el Hospital o Centro médico donde se encuentra la persona asegurada hasta un Hospital o Centro médico no local, tras la recomendación del médico que le atiende y que certifica, con razonable certeza médica, que la persona asegurada ha experimentado:

- (a) una condición médica que se manifieste por signos o síntomas agudos que puedan razonablemente poner en peligro la vida o la integridad física de la persona asegurada si no se le proporciona atención médica en un plazo de veinticuatro (24) horas; y
- (b) cuando el tratamiento médicamente necesario no pueda proporcionarse localmente, ya sea en el centro del médico que lo atiende o en otro centro local.

Autorización de uso de emergencia (EUA): Una autorización temporal emitida por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) para permitir el uso de un producto o servicio médico no aprobado, una cirugía o procedimiento quirúrgico, un medicamento recetado, un fármaco, un producto biológico, un equipo médico duradero (DME) o un dispositivo; o permitiendo un uso o aplicación de un modo no aprobado de un producto o servicio médico aprobado, una cirugía o procedimiento quirúrgico, un medicamento recetado, un fármaco, un producto biológico, un equipo médico duradero (DME) o un dispositivo.

Epidemia: La aparición de más casos de enfermedad de los esperados en una zona determinada o entre un grupo específico de personas durante un periodo de tiempo concreto.

EST: Hora estándar del Este de Estados Unidos.

Experimental: Cualquier tratamiento que incluya fármacos, procedimientos o servicios completamente nuevos y no

probados, o cuyo uso tenga una finalidad distinta de aquella para la que han sido aprobados previamente por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE.UU. (FDA); nuevas combinaciones de fármacos o servicios; y/o terapias alternativas que no sean normas generalmente aceptadas de la práctica médica actual.

Centro de cuidados prolongados: Una institución, o una parte distinta de una institución, que está autorizada como Hospital, Centro de Cuidados Prolongados o Centro de Rehabilitación por el estado o país en el que opera; y se dedica regularmente a proporcionar cuidados de enfermería especializados durante veinticuatro (24) horas bajo la supervisión regular de un Médico y la supervisión directa de una Enfermera Registrada; y mantiene un registro diario de cada paciente; y proporciona a cada paciente un programa planificado de observación prescrito por un Médico; y proporciona a cada paciente un Tratamiento activo de una Enfermedad o Lesión. Un centro de cuidados prolongados no incluye un centro principalmente para el descanso, los ancianos, el abuso de sustancias, los cuidados de custodia, los cuidados de enfermería o para el cuidado de los trastornos mentales o nerviosos o de los incapacitados mentales.

Deportes Extremos: Actividades recreativas que implican un alto grado de riesgo. Estas actividades a menudo implican velocidad, altura, un alto nivel de esfuerzo físico y/o un equipo altamente especializado y a menudo conllevan el riesgo potencial de lesiones físicas graves o permanentes e incluso la muerte.

Centro: Entidad sanitaria autorizada, como un hospital, una clínica, un centro de rehabilitación o un centro de cuidados prolongados.

Familia: La persona asegurada, su cónyuge y cualquier hijo o hijos que estén cubiertos como persona asegurada por este plan de seguros.

Medicina Genética: Tratamientos derivados o resultantes de, como consecuencia de, o en relación con, directa o indirectamente, cualquiera de los siguientes: Pruebas genéticas, pruebas de vigilancia y/o procedimientos de cribado de bienestar para afecciones con predisposición genética indicadas por la medicina genética o las pruebas genéticas, incluyendo, pero sin limitarse a, la amniocentesis, medicamentos, terapia génica basada en vectores de virus adeno-asociados recombinados y otros medicamentos y Tratamientos asociados con diagnósticos relacionados con pruebas y descubrimientos genéticos, cribado genético, evaluación de riesgos, cirugías preventivas y profilácticas recomendadas por las pruebas genéticas, y/o cualquier procedimiento utilizado para determinar la predisposición genética, proporcionar asesoramiento genético o administrar terapia génica.

Alerta mundial de viaje: Una declaración, advertencia o aviso publicado, incluido cualquier documento de la página web, emitido por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos, el Departamento de Estado de los Estados Unidos, la Oficina de Asuntos Consulares de los Estados Unidos o un organismo gubernamental o no gubernamental similar del País de Origen o del País de Acogida de la persona asegurada, que advierte que cualquier viaje global (viaje a cualquier lugar) plantea graves riesgos para la salud, la seguridad y la protección o expone a la persona asegurada a una mayor probabilidad de riesgos que ponen en peligro su vida, incluyendo todos los avisos o advertencias globales del Departamento de Estado de los Estados Unidos de los niveles "3 - reconsiderar el viaje" y "4 - no viajar" y los avisos o advertencias globales de los CDC del nivel "3 - evitar viajes no esenciales" o cualquier nivel superior. Cuando varios organismos gubernamentales o no gubernamentales hayan emitido diferentes niveles de advertencias o avisos, se tendrá en cuenta para la cobertura de este seguro la advertencia o aviso más alto aplicable al país de residencia o al país de destino de la persona asegurada. Para evitar dudas, una Advertencia Global de Viaje cubre todas las Áreas Afectadas, incluyendo los Estados Unidos de América y todos sus territorios.

Órgano o autoridad de gobierno: Una organización de control reconocida a nivel nacional para un deporte o actividad, o una organización que proporciona directrices y recomendaciones en prácticas de seguridad para un deporte o actividad.

HIV: Virus de la Inmunodeficiencia Humana, según la definición del Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos.

HIV +: Pruebas de laboratorio definidas por los Centros de Control de Enfermedades de los Estados Unidos como positivas para la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.

País de origen: Para los ciudadanos estadounidenses, el país de origen es Estados Unidos. Para los ciudadanos no estadounidenses, el País de Origen es el país del que la Persona asegurada es ciudadano o nacional incluyendo cualquier país en el que la Persona asegurada mantenga su residencia principal o lugar de residencia habitual y cualquier país del que la Persona asegurada sea titular de un pasaporte válido. En el caso de que haya más de un (1) país de origen según los criterios arriba mencionados, el país de origen será el que cumpla con los criterios arriba mencionados y que la persona asegurada haya indicado como su país de residencia en la solicitud.

Agencia de asistencia sanitaria a domicilio: Una agencia pública o privada o una de sus subdivisiones, que opera de acuerdo con la ley y se dedica regularmente a proporcionar cuidados de enfermería a domicilio bajo la supervisión de una Enfermera Titulada, mantiene un registro diario de cada paciente y proporciona a cada paciente un programa planificado de observación y tratamiento prescrito por un médico.

Cuidados de enfermería a domicilio: Servicios y/o Tratamientos proporcionados por una Agencia de Asistencia Sanitaria a Domicilio y supervisados por una Enfermera Titulada que están dirigidos al cuidado de la Convalecencia de un paciente, siempre y cuando dichos cuidados sean Médicamente Necesarios y en sustitución de los cuidados de Hospitalización Médicamente Necesarios. Los Cuidados de Enfermería a Domicilio no incluyen los servicios o Tratamientos destinados principalmente a los Cuidados de Custodia o a la rehabilitación.

Cuidados paliativos: Cuidados prestados en un centro de hospitalización o en el domicilio del paciente. Los cuidados

paliativos deben estar certificados por un médico y la esperanza de vida es de seis (6) meses o menos.

Hospital: Una institución que funciona como un hospital de acuerdo con la ley; está autorizada por el estado o país en el que opera; funciona principalmente para la recepción, el cuidado y el tratamiento de personas enfermas o lesionadas como pacientes internos; proporciona un servicio de enfermería de veinticuatro (24) horas por parte de Enfermeras Tituladas de servicio o de guardia; tiene un personal de uno (1) o más médicos disponibles en todo momento; proporciona instalaciones y equipos organizados para el diagnóstico y el tratamiento de trastornos médicos, quirúrgicos, mentales o nerviosos agudos en sus instalaciones; y no es principalmente un centro de cuidados a largo plazo, un centro de cuidados prolongados, un centro de enfermería, de descanso, de cuidados de custodia, un hogar de convalecencia, un lugar para ancianos, adictos a las drogas o que abusan de ellas, alcohólicos o fugitivos, o un establecimiento similar.

Hospitalización; Hospitalizado: Ingresado y/o tratado en un hospital como paciente interno.

País anfitrión: El país o los países distintos del país de origen al que viaja la persona asegurada o dentro del mismo.

Enfermedad: Enfermedad, trastorno, dolencia, patología, anomalía, malestar, morbilidad, aflicción, discapacidad, defecto, minusvalía, deformidad, defecto de nacimiento, defecto congénito, sintomatología, síndrome, malestar, infección, afección, dolencia, enfermedad de cualquier tipo o cualquier otra condición médica, física o de salud. No obstante, la enfermedad no incluye las dificultades de aprendizaje, ni los trastornos de actitud o los problemas de disciplina. Todas las Enfermedades que existan simultáneamente o que surjan con posterioridad a una Enfermedad anterior y que directa o indirectamente se relacionen o resulten o surjan de las mismas causas o de causas afines o como consecuencia de las mismas o entre sí se consideran una única Enfermedad. Además, si una Enfermedad posterior resulta o surge de causas o consecuencias que son las mismas o están relacionadas con las causas o consecuencias de una Enfermedad anterior, la Enfermedad posterior se considerará una continuación de la Enfermedad anterior y no una Enfermedad independiente.

Formulario de reclamación de IMG: Un formulario que permite a la persona asegurada solicitar el reembolso o el pago directo de los servicios médicos obtenidos.

Implante: Cualquier dispositivo, objeto o artículo médico que se implanta, inserta o instala quirúrgicamente con fines médicos dentro o sobre el cuerpo de un paciente, incluso por razones ortopédicas o protésicas.

Fecha de entrada en vigor: La fecha en la que la persona asegurada obtiene inicialmente la cobertura de este plan de seguro y mantiene una cobertura ininterrumpida a partir de entonces.

Lesión: Lesión corporal resultante o derivada directamente de un Accidente. Todas las lesiones resultantes o derivadas de un mismo accidente se considerarán una única lesión.

Paciente interno: Una persona que ha sido admitida y facturada por un Hospital por la ocupación de una cama con el fin de recibir servicios de Hospitalización. Generalmente, un paciente es considerado un Paciente Interno si el Hospital le factura los cargos como Paciente Interno, y es formalmente admitido como Paciente Interno con la expectativa de que la persona ocupará una cama y (a) permanecerá al menos una noche o (b) se espera que necesite atención hospitalaria durante veinticuatro (24) horas o más.

Persona asegurada: La persona que figura como asegurada en la declaración.

Unidad de cuidados intensivos: Un área o unidad de un Hospital que cumple con los estándares requeridos por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones Sanitarias para Unidades de Cuidados Especiales.

Traslado en ambulancia entre centros: Traslado del paciente a nivel local dentro de los Estados Unidos desde un centro sanitario autorizado a otro centro sanitario autorizado mediante ambulancia aérea o terrestre (ejemplos: De hospital a hospital, de clínica a hospital, de hospital a centro de cuidados prolongados). El traslado en ambulancia entre centros debe ser médicamente necesario y estar precertificado de antemano para ser un gasto médico elegible.

Investigación: Cualquier tratamiento que incluya fármacos, procedimientos o servicios que aún se encuentren en fase de evaluación clínica y que todavía no hayan sido aprobados para su uso por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA), incluida una autorización de uso de emergencia por parte de la FDA.

Máximo de por vida: La cantidad total acumulada de pagos de beneficios y/o reembolsos disponibles para una persona asegurada bajo este seguro durante la vida de la persona asegurada. Cuando se alcance el Máximo de por vida, no habrá más beneficios, reembolsos o pagos disponibles bajo este seguro en ningún Período de Cobertura.

Transporte local en ambulancia; gastos locales en ambulancia: El transporte y el correspondiente tratamiento proporcionado por personal de emergencia designado, autorizado, cualificado y profesional, desde el lugar de un Accidente, Lesión o Enfermedad aguda hasta un Hospital u otro Centro de Salud apropiado. El transporte local en ambulancia no incluye los traslados posteriores entre centros de salud de los pacientes ingresados.

Póliza Master: La Póliza principal aplicable emitida por la Compañía al Asegurado, y bajo la cual la cobertura y beneficios de seguro son proporcionados por la Compañía a la Persona asegurada, sujeto a los Términos de la misma, y como se describe y evidencia por este Certificado y sujeto a los Términos del mismo. La Compañía, como aseguradora y suscriptora de la Póliza Master, es la única responsable por la cobertura y beneficios provistos bajo la misma.

Límite máximo: El importe total acumulado en dólares de los pagos de beneficios y/o reembolsos disponibles para una persona asegurada en virtud de este seguro durante el período de cobertura. Cuando se alcance el Límite Máximo, no

habrá más beneficios, reembolsos o pagos disponibles bajo este seguro durante el Período de Cobertura.

Medicamento necesario; Necesidad médica: Un tratamiento, servicio, medicamento o suministro que es necesario y apropiado para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, según los estándares generalmente aceptados de la práctica médica actual, tal como lo determina la Compañía. A modo de ejemplo, pero sin limitarse a ello, un servicio, Tratamiento, medicamento o suministro no se considerará Medicamento Necesario o una Necesidad Médica si se proporciona u obtiene sólo como una conveniencia para la Persona Asegurada o su proveedor; y/o si no es necesario o apropiado para el Tratamiento, diagnóstico o síntomas de la Persona Asegurada; y/o si excede (en alcance, duración o intensidad) el nivel de atención que se necesita para proporcionar un diagnóstico o Tratamiento seguro, adecuado y apropiado.

Trastornos mentales o nerviosos: Cualquier enfermedad mental, nerviosa o emocional que generalmente denota una enfermedad del cerebro con síntomas de comportamiento predominantes; una enfermedad de la mente o de la personalidad, evidenciada por un comportamiento anormal; o una enfermedad o trastorno de la conducta evidenciado por un comportamiento socialmente desviado. Los Trastornos Mentales o Nerviosos incluyen, sin limitación: psicosis; depresión; esquizofrenia; trastorno afectivo bipolar; cualquier enfermedad o condición, independientemente de que la causa sea orgánica, que esté clasificada como Trastorno Mental en la edición actual de la Clasificación Internacional de Enfermedades publicada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos; y aquellas enfermedades psiquiátricas y otras enfermedades mentales enumeradas en la edición actual del Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría. A efectos de este seguro, los Trastornos Mentales o Nerviosos no incluyen el Abuso de Sustancias, los problemas de aprendizaje, el retraso en el desarrollo, los trastornos de conducta, los problemas de comportamiento y los trastornos de actitud o problemas disciplinarios.

Restos mortales: Los restos corporales o las cenizas de una persona asegurada.

Catástrofes naturales: Perturbación generalizada de vidas humanas por desastres como inundaciones, sequías, maremotos, incendios, huracanes, terremotos, vendavales u otras tormentas, corrimientos de tierra u otras catástrofes naturales que provoquen la migración de la población humana por su seguridad. El suceso debe ser una catástrofe que se deba enteramente a las fuerzas de la naturaleza y que no haya podido evitarse razonablemente.

Recién nacido: Un bebé desde el momento de su nacimiento hasta los primeros treinta y un (31) días de vida.

Medicamentos huérfanos: Tratamientos farmacológicos designados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) como medicamentos huérfanos, tal como se indica en el Purple Book de productos biológicos autorizados por la FDA (aprobados), productos biológicos regulados por el Centro de Evaluación e Investigación de Medicamentos (CDER), incluidos los productos biosimilares e intercambiables con licencia, y sus productos de referencia, y los productos alergénicos, de terapia celular y genética, hematológicos y vacunas con licencia de la FDA regulados por el Centro de Evaluación e Investigación de Productos Biológicos (CBER), cuya versión más actualizada se encuentra en <https://www.accessdata.fda.gov/scripts/opdlisting/opa/index.cfm>, con sus modificaciones periódicas (y que está a disposición de la persona asegurada si la solicita).

Paciente externo: Una persona que recibe un tratamiento médicamente necesario por parte de un médico u otro proveedor de asistencia sanitaria y que no es un paciente interno, independientemente de la hora a la que la persona llegó al hospital, de si se utilizó una cama o de si la persona permaneció en el hospital después de la medianoche.

Pandemia: Un brote mundial de una enfermedad.

Periodo de Cobertura: El período que comienza en la fecha de entrada en vigor de la cobertura de este certificado y que finaliza en la primera de las siguientes fechas:

- (a) la fecha de finalización especificada en la Declaración; o
- (b) la fecha de finalización establecida conforme a las CONDICIONES Y DISPOSICIONES GENERALES, cláusula FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA PARA LAS PERSONAS ASEGURADAS.

El periodo de cobertura no puede ser superior a doce (12) meses consecutivos.

Médico: Un profesional de la medicina debidamente formado, entrenado y autorizado. Un Médico debe estar autorizado en la actualidad y de forma adecuada por el estado o país en el que se prestan los servicios, y los servicios deben estar dentro del ámbito de dicha licencia, formación, experiencia, competencia y normas de práctica de las profesiones sanitarias.

Administrador del Plan: El administrador del plan para este seguro es International Medical Group®, Inc., 2960 North Meridian Street, Indianapolis, Indiana, 46208, Número de teléfono +1.317.655.4500, o +1.800.628.4664, Número de fax

+1.317.655.4505, Sitio web: <http://www.imglobal.com>, Correo electrónico: insurance@imglobal.com. Como administrador del plan, International Medical Group, Inc. actúa únicamente como agente y representante revelado y autorizado para y en nombre de la Compañía, y no tiene, y no se considerará, ni se alegrará que tiene, ninguna responsabilidad directa, indirecta, conjunta, solidaria, separada, individual o independiente, responsabilidad u obligación de ningún tipo en virtud de la Póliza Master, la Declaración, cualquier Cláusula Adicional o este Certificado para con la Persona Asegurada o cualquier otra persona o entidad, incluyendo, sin limitación, a cualquier Médico, Hospital, Centro de Cuidados Prolongados, Agencia de Asistencia Sanitaria a Domicilio, o cualquier otro proveedor de servicios médicos o de atención de la salud.

Atención podológica: Cuidado de los pies, incluido el tratamiento de callos, durezas o uñas de los pies, pies débiles,

tensos, planos, inestables o desequilibrados, metatarsalgia, espolones óseos, dedos en martillo o juanetes.

Precertificación: Una determinación general de Necesidad Médica solamente, hecha por la Compañía en base a la integridad y exactitud de la información proporcionada por la Persona Asegurada y/o los proveedores de servicios médicos o de salud de la Persona Asegurada, tutores, Parientes y/o apoderados en el momento de la misma. La precertificación no es una garantía, autorización, preautorización o verificación de la cobertura, una verificación de los beneficios o una garantía de pago.

Enfermedad preexistente: Cualquier enfermedad, dolencia, lesión o condición médica, o síntomas relacionados con dicha enfermedad, dolencia, lesión o condición médica:

- (a) para los que se haya solicitado, recomendado o recibido asesoramiento, diagnóstico o tratamiento médico, incluido el autotratamiento; o
- (b) que la persona asegurada sabía o debería haber sabido razonablemente que existían, independientemente de que la persona asegurada haya solicitado o no asesoramiento médico, diagnóstico o tratamiento.

Embarazo; Embarazada: El proceso de crecimiento y desarrollo dentro de los órganos reproductores de una mujer de un nuevo individuo desde el momento de la concepción, pasando por las fases de crecimiento del embrión y el desarrollo del feto, hasta el nacimiento.

Prima: Los pagos de las Primas requeridas para hacer efectivo y mantener la cobertura del seguro de la persona Asegurada y los beneficios bajo este seguro, en las cantidades y en los momentos que considere oportuno ("Fechas de Vencimiento") establecidos por la Compañía a su entera discreción.

Deporte profesional: Una actividad deportiva, incluyendo la práctica, la preparación y los eventos deportivos concretos, para cualquier individuo o equipo organizado que sea miembro de una organización deportiva profesional reconocida; que esté directamente apoyada o patrocinada por un equipo profesional o una organización deportiva profesional; que sea miembro de una liga de juego que esté directamente apoyada o patrocinada por un equipo profesional o una organización deportiva profesional; o que cualquier deportista reciba por su participación cualquier tipo de pago o compensación, directa o indirectamente, de un equipo profesional o una organización deportiva profesional.

Prueba de reclamación: Formulario de solicitud de reembolso debidamente cumplimentado y firmado, autorización para la divulgación de información médica, declaración del médico, del hospital o de otro proveedor de asistencia sanitaria en la que se detallen los costes y los servicios prestados y el comprobante de pago de los servicios prestados. Consulte la cláusula sobre la PRUEBA DE RECLAMACIÓN para obtener más detalles.

Emergencia de salud pública de ámbito internacional: Declaración oficial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de un acontecimiento extraordinario que se considera un riesgo para la salud pública por la propagación internacional de una enfermedad, una epidemia o una pandemia y que puede requerir una respuesta internacional coordinada.

Radiología: Servicios especializados que utilizan la imagen médica para diagnosticar y tratar las enfermedades que se observan en el cuerpo. Las técnicas de imagen utilizadas en radiología incluyen los rayos X, la radiografía, la ecografía, la tomografía computarizada (TC), la medicina nuclear, incluida la tomografía por emisión de positrones (PET), y la resonancia magnética (RM).

Enfermera titulada: Un enfermero graduado que ha sido registrado o autorizado para ejercer por una Junta Estatal de Examinadores de Enfermería u otra autoridad estatal, y que está legalmente autorizado a colocar las letras "R.N." después de su nombre.

Pariente: Un padre, tutor legal, cónyuge, hijo, hija o familiar directo de la persona asegurada.

Prima de renovación: El primer pago de la prima de cada período de cobertura. La Prima de Renovación no se aplica al primer Período de Cobertura.

Cláusula adicional: Cualquier anexo, tabla, adjunto, enmienda, endoso, cláusula adicional u otro documento adjunto, emitido en relación con la Póliza Master, este Certificado, la Declaración o la Solicitud, según sea el caso, o que forme parte de ella o sea aplicable a la misma.

Examen físico rutinario: Examen del cuerpo humano por parte de un médico sólo con fines preventivos o informativos, y no para el tratamiento de cualquier enfermedad o lesión previamente manifestada, sintomática, diagnosticada o conocida.

Autoinfligido: La acción u omisión por parte de la persona asegurada que ésta entiende conscientemente que causará o puede causar o contribuir, directa o indirectamente, a su Lesión o Enfermedad personal. La persona asegurada se autoinflige específicamente si no sigue las órdenes de su médico, no completa las prescripciones según las indicaciones, o no sigue ningún protocolo o procedimiento de atención médica diseñado para recuperar o mantener su salud.

Tabla de anulación de tarifas cortas: La tabla utilizada por la Compañía para calcular la prima devengada a corto plazo en caso de cancelación. La persona asegurada puede solicitar una copia de esta tabla.

Buceo deportivo: Actividades de buceo recreativo subacuático que requieren el uso de aparatos de respiración subacuáticos o artificiales, y que se llevan a cabo en estricta conformidad con las directrices, los códigos de buenas prácticas y las recomendaciones de prácticas seguras de buceo establecidas por un Organismo de Buceo Autorizado.

Cónyuge: El cónyuge o pareja de hecho legal de la persona asegurada. Dicha relación debe haber cumplido todos los requisitos de un contrato matrimonial, pareja de hecho o unión civil válidos en el estado o país de residencia donde se haya celebrado la ceremonia entre las partes.

Abuso de sustancias: Abuso de alcohol, drogas o sustancias químicas, uso indebido, uso ilegal, uso excesivo o dependencia.

Facturación: Una lista detallada de todos los servicios prestados a la persona asegurada por un médico o proveedor médico.

Cirugía; intervención quirúrgica: Un procedimiento quirúrgico o de diagnóstico invasivo, o el tratamiento de una enfermedad o lesión mediante operaciones manuales o instrumentales realizadas por un médico mientras el paciente está bajo anestesia general o local.

Teleconsulta: El tratamiento de una enfermedad o lesión en el que participan la persona asegurada y un médico en diferentes lugares, y que están conectados por vídeo, audio y ordenadores.

Consulta Teladoc: Una consulta telefónica o por vídeo proporcionada por Teladoc Physicians, PA, una red de proveedores certificados en los Estados Unidos disponibles a petición las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año para diagnosticar, tratar y recetar medicamentos (cuando sea necesario) para cuestiones médicas no urgentes. Teladoc no sustituye las relaciones existentes con los médicos de atención primaria, sino que las complementa.

Telesalud: La distribución de servicios e información relacionados con la salud a través de tecnologías electrónicas de información y telecomunicaciones. Permite el contacto a distancia entre el paciente y el médico, la atención, el asesoramiento, los recordatorios, la educación, la intervención, el seguimiento y los ingresos a distancia.

Telemedicina: Un proceso en el que una persona asegurada es teleconectada para una teleconsulta con un médico cualificado, pero es atendida en el punto remoto por un telepresentador. Este Telepresentador puede estar equipado con una cámara de examen o un estetoscopio, y posiblemente también con otros equipos médicos, con el fin de utilizar estos dispositivos médicos para recoger y transmitir datos a la oficina del médico o al médico tratante.

Telepresentador: Un asistente médico que está presente con la persona asegurada durante una Teleconsulta dirigida por un Médico a distancia.

Términos: Todos los términos, cláusulas, condiciones, definiciones, Deducibles, Coaseguros, límites, sublímites, limitaciones, redacciones, restricciones, requisitos, calificaciones y/o exclusiones que obligan a la Persona Asegurada según lo establecido en la Póliza Master, la Solicitud y cualquier Cláusula Adicional.

Terrorismo: Actos criminales, incluso contra civiles, cometidos con la intención de causar la muerte o lesiones corporales graves, o la toma de rehenes, con el propósito de proporcionar un estado de terror en el público en general o en un grupo de personas o personas concretas, intimidar a una población, u obligar a un gobierno u organización internacional a hacer o abstenerse de hacer un acto.

Lesión dental traumática: Una lesión que incluye:

- (a) Traumatismos que afecten a la cara, el cráneo, el cuello y/o las mandíbulas y que hayan provocado la pérdida de dientes o una lesión dental grave.
- (b) Lesión que requiere evaluación y tratamiento en la sala de urgencias de un hospital o en un entorno de internamiento hospitalario.

Advertencia de viaje; aviso de viaje de emergencia: Una declaración, advertencia o aviso publicado, incluido cualquier documento de la página web, emitido por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos, el Departamento de Estado de los Estados Unidos, la Oficina de Asuntos Consulares de los Estados Unidos o un organismo gubernamental o no gubernamental similar del País de Origen o del País de Destino de la Persona asegurada, que advierta de que viajar a las Zonas Afectadas supone graves riesgos para la salud, la seguridad y la protección o expone a la Persona Asegurada a una mayor probabilidad de riesgos que pongan en peligro su vida, incluidos todos los avisos o advertencias de viaje del Departamento de Estado de los Estados Unidos de los niveles "3 - reconsidere el viaje" y "4 - no viaje" y los avisos o advertencias de viaje de los CDC del nivel "3 - evite los viajes no esenciales" o cualquier nivel superior. Cuando varios organismos gubernamentales o no gubernamentales hayan emitido diferentes niveles de advertencias o avisos, se tendrá en cuenta para la cobertura de este seguro la advertencia o aviso más alto aplicable al país de residencia o al país de destino de la persona asegurada. Para evitar dudas, una Advertencia de Viaje cubre todas las Áreas Afectadas especificadas, incluyendo los Estados Unidos de América, según corresponda.

Tratamiento: Todos y cada uno de los servicios y procedimientos prestados en la gestión y/o cuidado de un paciente con el fin de identificar, diagnosticar, tratar, curar, prevenir, controlar y/o combatir cualquier Enfermedad o Lesión, incluyendo sin limitación: asesoramiento verbal o escrito, consulta, examen, discusión, pruebas de diagnóstico o evaluación de cualquier tipo, farmacoterapia u otros medicamentos, y/o Cirugía.

Médico tratante: Un médico que proporciona tratamiento a la persona asegurada.

Inesperado: Repentino, involuntario, no esperado e imprevisto.

Formulario de facturación universal: Formularios UB 04 y CMS 1500, que son formularios estándar y uniformes en la

industria de la salud para presentar reclamaciones de seguros a Medicare u otras compañías de seguros de salud para el reembolso.

Lo habitual, razonable y acostumbrado: Una cantidad típica y razonable de reembolso por servicios, medicamentos o suministros similares dentro del área en la que se incurre en el Cargo. Para determinar la cantidad típica y razonable de reembolso, la Compañía puede, a su discreción razonable, considerar uno o más de los siguientes factores, sin limitación: el importe cobrado por el proveedor; el importe cobrado por proveedores o prestadores similares en la misma o similar localidad; el importe reembolsado por otros pagadores por los mismos o comparables servicios, medicamentos o suministros en la misma o similar localidad; si los servicios o suministros fueron desagregados o deberían haber sido incluidos en la prestación de otro servicio; el importe reembolsado por otros pagadores por los mismos o comparables servicios, medicamentos o suministros en otras partes del país; el coste para el proveedor de la prestación del servicio, medicamento o suministro; el nivel de conocimientos, el grado de formación y la experiencia necesarios para realizar el procedimiento o servicio; la duración del procedimiento o servicio en comparación con la duración de otros servicios similares; la duración del procedimiento o servicio en comparación con los estándares y/o puntos de referencia nacionales; la gravedad o la naturaleza de la enfermedad o lesión que se está tratando; y cualquier otro factor que la compañía, en el ejercicio razonable de su criterio, considere apropiado.

Visita médica virtual: Una consulta en directo realizada por Internet o por teléfono entre el médico y la persona asegurada.

Empeoramiento: El deterioro del estado de salud, de los síntomas o del diagnóstico de la persona asegurada que pueda dar lugar a complicaciones posteriores a un alta contra consejo médico o a un aumento de la probabilidad o de la necesidad de readmisión.

Global Medical Insurance Gold with Creditable Coverage

Certificado de Seguro

Plan Administered by:



Plan Underwritten by:

